



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

Barreiras e Estímulos ao Aleitamento Materno Exclusivo na Província do Uíge, Angola

Júlia Mendes de Carvalho

XV Curso de Mestrado em Saúde Pública

Orientador: Professor Dr. Luís Graça

Lisboa, 30 de Julho de 2014

Dissertação de mestrado realizada para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública, orientada pelo Professor Doutor Luís Graça e apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, ao abrigo dos artigos 11º e 16º do decreto – Lei nº 2162, de 13 de outubro.

Pensamento

Há um mistério insondável
nesse encontro de olhares.

Mãe e filho.

Amamentação.

Ato de suprema entrega.

Momento de divina doação,
entrelaçando doces e infindos
desejos, sem identificação de um único.

Harmonia plena...ternura...ardor.

Inconsciente integração

do inexplicável,
que se traduz na similaridade

do Divino Amor.

(Alice Capel, poetisa brasileira

www.santacasacm.com.br)

Dedico esta dissertação aos meus pais Virgílio Mendes de Carvalho e Isabel Denga, como fruto da vossa descendência, responderam as vossas expectativas e transmitiram a vossa experiência de paternidade.

Dedico às pequenas Jurema, Jú, Jurelminha e Iana, pela motivação, amparo e apoio para o sucesso desse trabalho.

Dedico a toda a família e parentes, assim como amigos, colegas e a todos os docentes que muito contribuíram.

Agradecimentos

Agradeço a Deus Pai, pela força, pela coragem, pela vida, saúde, amor e inteligência que concedeu para realização desta árdua tarefa, iluminou-nos e conduziu-nos superando as nossas dificuldades.

Agradeço ao meu orientador, Professor Luís Graça pela paciência, dedicação e sabedoria, com a qual me conduziu na elaboração dos trabalhos.

Agradeço a todos os professores e funcionários da Escola Nacional de Saúde Pública principalmente a Prof^a. Carla Nunes, Prof^a Isabel Andrade, Prof. Pedro Aguiar e Prof. Paulo Sousa e Gisele Carvalho pela paciência e maneira tão sábia na orientação do trabalho.

Agradeço ao Professor Dissengomoka Sebastião Alexandre, pela atenção que tem prestado à minha formação e que serve como pilar.

Agradeço a minha família pelo apoio, motivação, entusiasmo, e compreensão que acompanharam a minha formação, pedindo desculpa pelo tempo ausente.

Agradeço a todas as mulheres e crianças do Uíge, graças ao vosso contributo de humildade e confiança, foi possível este trabalho, deixo aqui expresso o meu reconhecimento.

Agradeço à Direção Provincial de Saúde e equipa extraordinária da instituição onde trabalho, o vosso apoio, motivação e o carinho que demonstraram.

Para terminar agradeço à Direção da seção Municipal de Saúde do Uíge, assim como à equipa do Centro de Saúde do Pedreira, especialmente na pessoa de Madalena V. Mateus, Joana Teta, Teresa Tomás Mateus e Tussamba José, que aceitaram o meu ingresso e que facilitaram o processo permitindo a pesquisa na instituição. Endereço uma palavra de apreço aos inquiridores e coordenador Paulo Eduardo, Rosa Felisberta, Fernando José, Carlos Paca, Furtunata L. D. Eduardo, Flávio Lourenço, Paulo Bambi, António G. Santos, que com espírito de equipa tornaram possível essa formação.

Resumo

É recomendado o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses. Angola apresenta uma situação bastante preocupante, pois é um dos países do mundo com maior taxa de mortalidade infantil: em 2010 era de 114,9 mortes por cada 1000 nascimentos. O desmame precoce, a contaminação dos alimentos e da água potável e a desnutrição criam condições para aparecimento de doenças que causam elevadas mortes em crianças com menos de um ano.

Em muitas regiões de África, o parto ainda é um acontecimento marcado por práticas culturais ancestrais que podem prejudicar a saúde e sobrevivência dos recém-nascidos, além de pôr em perigo a vida das mães. Algumas dessas práticas incluem: (i) deitar fora o colostro; e (ii) alimentar os bebés com outros alimentos que não o leite materno.

Este estudo é quantitativo com metodologia transversal e pretende identificar, descrever e analisar os fatores que contribuem para o abandono do aleitamento materno exclusivo antes dos 6 meses de idade, na província do Uíge, em Angola, bem como indicar formas de intervenção para que os índices de prevalência do aleitamento materno exclusivo possam aumentar.

A população em estudo são mães com filhos até um ano de idade e utilizadoras do centro de saúde materno infantil do município sede da província de Uíge em Angola, da qual será considerada uma amostra de 418 mães. Os dados obtidos através de questionário serão registados em quadros e gráficos para posterior análise estatística através de tabelas de frequências, cálculo de percentagens e taxas de incidência.

Palavras-chaves: Aleitamento materno exclusivo, amamentação, desmame precoce

Abstract

Exclusive breastfeeding is recommended from birth to 6 months. Angola presents a very worrying situation, it is one of the world's countries with the highest infant mortality rate: in 2010 was 114.9 deaths per 1000 births. Early weaning, contamination of food and drinking water and malnutrition create conditions for the emergence of diseases that cause high deaths in children under one year.

In many regions of Africa, childbirth is still an event marked by ancestral cultural practices that may harm the health and survival of newborns, as well as endangering the lives of mothers. Some of these practices include: (i) discard colostrum; and (ii) feed babies foods other than breast milk.

This study is quantitative cross-character methodology and aims to identify, describe and analyze the factors that contribute to mothers abandon exclusive breastfeeding before 6 months of age, in the province of Uíge in Angola, as well as forms of intervention to indicate that the prevalence rates of breastfeeding exclusive breastfeeding may increase.

The study population are mothers with children under one year of age, and users of the center of maternal and child health the county seat of the province of Uíge in Angola, which is considered a sample of 418 mothers. The data obtained from the questionnaire will be recorded in tables and graphs for statistical analysis using frequency tables, percentages and calculation of incidence rates.

Keywords: Exclusive breastfeeding, breast milk, breastfeeding.

Índice

1. Introdução	1
1.1 Definição do problema	4
1.2 Objetivos gerais e específicos.....	4
2. Estado da Arte: Fatores que contribuem para o abandono do aleitamento materno exclusivo	5
2.1. Aleitamento materno exclusivo: Situação em Angola, Moçambique, Brasil, Portugal e resto do Mundo.....	5
2.2. Nutrição Materna e Amamentação	7
2.3. Importância do Aleitamento Materno.....	8
2.3.1. Formas de Aleitamento Materno	9
2.3.2. Vantagens e Desvantagens do Aleitamento Materno	10
2.3.2.1 Vantagens para o bebé: benefícios nutricionais e digestivos.....	10
2.3.2.2 Vantagens para o bebé: benefícios imunológicos e metabólicos	12
2.3.2.3 Vantagens para o bebé: desenvolvimento psicológico, sensorial e motor do bebé.....	12
2.3.2.4 Vantagens económicas.....	13
2.3.2.5 Vantagens para a mãe	13
2.4. Postura, Posição e Pega Adequada: um bom início para a amamentação	14
2.5. Desenvolvimento Físico e Sobrevivência Infantil e o Aleitamento Materno Exclusivo	15
2.6. Fatores Determinantes do Aleitamento Materno.....	16
2.6.1 Fatores que promovem o insucesso do aleitamento materno	16
2.6.2 Fatores que promovem o sucesso do aleitamento materno	18
2.7. Desmame	19
2.8. Iniciativa Hospital Amigo da Criança	20
3. Material e Métodos.....	23
3.1 Problemática	23
3.2 Construção do Modelo de Análise.....	24
3.3 Desenho da Investigação	24
3.4 População e Amostra	25
3.5 Recolha e Tratamento de Dados	26
4. Apresentação dos Resultados	29
4.1 Caracterização da amostra	29
4.2 Nascimento e Parto.....	36
4.3 Aleitamento e Amamentação.....	37

5. Discussão dos resultados	49
5.1 Limitações do estudo, face aos objetivos definidos	49
5.2 Resposta aos objetivos de investigação	50
5.2.1 Determinar as percentagens de mães que abandonam o aleitamento materno antes de os filhos atingirem os 6 meses de idade	50
5.2.2 Identificar os fatores que justificam o abandono precoce do aleitamento materno, por parte das mães	52
(i) Na primeira semana.....	52
(ii) Antes dos quatro meses	62
5.2.3 Descrever e analisar os fatores que favorecem o aleitamento materno por parte das mães (comparando as mães que amamentaram até aos 6 meses e as que não amamentaram)	76
5.2.4 Outras análises.....	89
6. Conclusões e Recomendações	95
Bibliografia.....	100
ANEXOS	I
Anexo A – Mapa de Angola	II
Anexo B – Questionário	III
Anexo C – Pedido de autorização para a realização do estudo	VIII

Índice de Quadros

Tabela 1 – Registo de dados sobre prevalência de aleitamento materno (%).	7
Tabela 2 – Idade da mãe: medidas da tendência central (Q01) (n=394)	30
Tabela 3 – Idade do filho (em meses) (Q01) (n=397)	31
Tabela 3A – Distribuição da idade da criança (em meses) (Q=1) (n=397).....	32
Tabela 4 - Sexo da Criança (Q03) (n=379)	32
Tabela 5 – A mãe sabe ler e escrever (Q26) (n=382).....	33
Tabela 6 – Nível de escolaridade da mãe (Q27) (n=342).....	33
Tabela 7 – Área residencial da mãe (Uíge e arredores) (Q24) (n=320)	35
Tabela 8 – Local onde decorreu o parto (Q04) (n=387).....	36
Tabela 9 – Parto assistido (Q04) (n=385).....	36
Tabela 10 – Bebê alimentado ao peito, ao nascer (menos de 1 hora) (Q06/Q07) (n=388)	37
Tabela 11 – Duas ou mais respostas certas, e nenhuma errada, à Q08 (n=381).....	38
Tabela 12 - Alimentação do bebê só com leite materno na 1ª semana (Q9) (n=384)	38
Tabela 13 – Criança só alimentada com leite materno, nos primeiros 6 meses (Q10) (n=296)	39
Tabela 14 – Tipo de alimentação da criança ao fim dos 6 primeiros meses de vida (Q10) (n=296)	39
Tabela 15 - Teve aconselhamento, antes e/ou depois do parto, sobre aleitamento, por parte da equipa de saúde (Q14/Q15) (n=382)	42
Tabela 16 - Pessoal médico e de enfermagem <i>versus</i> leigo com quem a mãe se aconselhou sobre amamentação? (Q15) (n=371)	42
Tabela 17 - Idade (em meses) em que a mãe deu ao seu bebê alimentação sólida pela primeira vez (Q18).....	45
Tabela 18 – A idade, em meses, com que a mãe deu ao seu bebê, alimentação sólida pela primeira vez (por exemplo papas de cereais, papas de fuba de milho e de bombó, funge, sopas ou fruta)? (Q19) (n=190)	45
Tabela 19 – A criança tomou outros alimentos, além do leite materno, antes dos 4 meses (Q21) (n=306).....	47
Tabela 20 – Atitude da mãe relativamente ao dar de mamar ao bebê (Q23) (n=376)....	48
Tabela 21 - Q10 (Nos primeiros 6 meses de vida, como foi alimentado o seu filho?) ..	50
Tabela 22 - Intervalos de confiança a 95% para Q10 (Nos primeiros 6 meses de vida, como foi alimentado o seu filho?)	51
Tabela 23 - Intervalos de confiança a 95% para Q10 (Nos primeiros 6 meses de vida, como foi alimentado o seu filho?)	51

Tabela 24 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q12 (“Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?”) e Q09 (“Na 1ª semana, só leite materno”)	53
Tabela 25 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q13 (“Indique quais as razões que a levaram a nunca fazer aleitamento materno exclusivo ou a interromper o aleitamento materno exclusivo”) e Q09 (“Na 1ª semana, só leite materno”).....	55
Tabela 26 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q17 (“Na sua opinião porque é que as jovens mães angolanas não amamentam ou deixam de amamentar muito cedo? [antes de um ano]” e Q09 (“Na 1ª semana, só leite materno”) 58	
Tabela 27 - Relação entre Q06 (“Logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) o seu bebé foi alimentado ao peito?”) e Q09 (“Na 1ª semana, só leite materno”).....	60
Tabela 28 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q01 (“Quantos anos tem a mãe?”) e Q09 (“Na 1ª semana, só leite materno”)	62
Tabela 29 -Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q12 (“Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”) ..	63
Tabela 30 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q13 (“Indique quais as razões que a levaram a nunca fazer aleitamento materno exclusivo ou a interromper o aleitamento materno exclusivo”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”).....	66
Tabela 31 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q17 (“Na sua opinião porque é que as jovens mães angolanas não amamentam ou deixam de amamentar muito cedo? [antes de um ano]” e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”).....	69
Tabela 32 - Relação entre Q23 (“O que é para si dar de mamar ao seu bebé? É bom ou mau?”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”)	71
Tabela 33 - Relação entre Q06 (“Logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) o seu bebé foi alimentado ao peito?”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”).....	72
Tabela 34 - Relação entre Q03 (“Sexo da criança”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”).....	74
Tabela 35 - Relação entre Q27 “Que classe de estudos completou?”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”)	75
Tabela 36 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q01 (“Quantos anos tem a mãe?”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”).....	76
Tabela 37 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q12 (“Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”).....	77

Tabela 38 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q13 (“Indique quais as razões que a levaram a nunca fazer aleitamento materno exclusivo ou a interromper o aleitamento materno exclusivo”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”).....	80
Tabela 39 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q17 (“Na sua opinião porque é que as jovens mães angolanas não amamentam ou deixam de amamentar muito cedo? [antes de um ano]”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”)	83
Tabela 40 - Relação entre Q06 (“Logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) o seu bebé foi alimentado ao peito?”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”)	85
Tabela 41 - Relação entre Q03 (“Sexo da criança”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”).....	87
Tabela 42- Relação entre Q27 Que classe de estudos completou? e Q10 Só leite materno, nos primeiros 6 meses	88
Tabela 43 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q01 (“Quantos anos tem a mãe?”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”)	89
Tabela 44 - Relação entre Q12 (“Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?”), Q128 (“O médico aconselhou”) e Q07 (“Quanto tempo/horas, depois de nascer, é que criança passou a ser amamentada [alimentada ao peito]”)	89
Tabela 45 - Relação entre Q12 (“Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?”), Q128 (“O médico aconselhou”) e Q06 (“Logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) o seu bebé foi alimentado ao peito?”)	90
Tabela 46 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relação entre Q01 (“Quantos anos tem a mãe?”) e Q25 (“Com quem vive?” / Q251 (“Marido”)	91
Tabela 47 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q01 (“Quantos anos tem a mãe?”) e Q26 (“Sabe ler ? Ou ler e escrever?”)	92
Tabela 48 - Estatística descritiva e Teste de Kruskal-Wallis: Relações entre Q01 (“Quantos anos tem a mãe?”) e Q27 (“Que classe de estudos completou?”).....	93
Tabela 49 - Relação entre Q23 (“O que é para si dar de mamar ao seu bebé? É bom ou mau?”) e Q10 (“Nos primeiros 6 meses de vida, como foi alimentado o seu filho?”)...	93

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Motivo principal para a presença, no centro de saúde, da mãe com o seu bebé (Q00) (n=399)	29
Gráfico 2 – Idade da mãe: Histograma com curva normal (Q01) (n=394)	30
Gráfico 3 – Idade da criança (em meses): Histograma com curva normal (Q02) (n=397)	31
Gráfico 4 – Pessoas com quem vive (Q25) (n=399)	33
Gráfico 5 – Conhecimentos das mães sobre o primeiro leite do peito (Q08) (n=399)...	38
Gráfico 6 – Razões por que se deve alimentar o bebé, até aos 6 meses de vida, só com leite materno (Q12) (n=399).....	40
Gráfico 7 – Razões para não amamentar ou ter deixado de amamentar durante os primeiros 6 meses (Q13) (n=138)	41
Gráfico 8 – Pessoa com quem as mães se aconselham sobre amamentação durante a gravidez e/ou após o parto (Q16) (n=371).....	43
Gráfico 9 – Perceção das razões que levam as jovens mães angolanas a não amamentar ou a deixar de amamentar muito cedo (Q17) (n=399).....	44
Gráfico 10 – A idade (em meses) em que o bebé passou a ingerir alimentos sólidos: histograma com curva normal (Q19) (n=190).....	46
Gráfico 11 – O leite materno é bom para a criança (Q20) (n=399).....	47
Gráfico 12 - Outros alimentos, além do leite materno, dados à criança antes dos 4 meses (Q21) (n=399).....	48
Gráfico 13 - Relações entre Q12 ”Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?”) e Q09 (“Na 1ª semana, só leite materno”).....	54
Gráfico 14 - Relações entre Q13 (“Indique quais as razões que a levaram a nunca fazer aleitamento materno exclusivo ou a interromper o aleitamento materno exclusivo”) e Q09 (“Na 1ª semana, só leite materno”).....	56
Gráfico 15 - Relações entre Q17 (“Na sua opinião porque é que as jovens mães angolanas não amamentam ou deixam de amamentar muito cedo? [antes de um ano]”) e Q09 (“Na 1ª semana, só leite materno”).....	59
Gráfico 16 - Relação entre Q06 (“Logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) o seu bebé foi alimentado ao peito?”) e Q09 (“Na 1ª semana, só leite materno”).....	61
Gráfico 17 - Relações entre Q12 (“Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”).....	64
Gráfico 18 - Relações entre Q13 (“Indique quais as razões que a levaram a nunca fazer aleitamento materno exclusivo ou a interromper o aleitamento materno exclusivo”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”).....	67
Gráfico 19 - Relações entre Q17 (“Na sua opinião porque é que as jovens mães angolanas não amamentam ou deixam de amamentar muito cedo? [antes de um ano]”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”).....	70

Gráfico 20 - Relação entre Q23 (“O que é para si dar de mamar ao seu bebé? É bom ou mau?”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”)	72
Gráfico 21 - Relação entre Q06 (“Logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) o seu bebé foi alimentado ao peito?”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”).....	73
Gráfico 22 - Relação entre Q03 (“Sexo da criança”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”).....	74
Gráfico 23 - Relação entre Q27 (“Que classe de estudos completou?”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”)	75
Gráfico 24 - Relações entre Q12 (“Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”))......	78
Gráfico 25 - Relações entre Q13 Indique quais as razões que a levaram a nunca fazer aleitamento materno exclusivo ou a interromper o aleitamento materno exclusivo e Q10 Só leite materno, nos primeiros 6 meses	81
Gráfico 26 - Relações entre Q17 (“Na sua opinião porque é que as jovens mães angolanas não amamentam ou deixam de amamentar muito cedo? [antes de um ano]”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”)	84
Gráfico 27 - Relação entre Q06 (“Logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) o seu bebé foi alimentado ao peito?”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”)	86
Gráfico 28 - Relação entre Q03 (“Sexo da criança”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”))......	87
Gráfico 29 - Relação entre Q27 (“Que classe de estudos completou?”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”)	88
Gráfico 30 - Relação entre Q12 (“Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?”), Q128 (“O médico aconselhou”) e Q07 (“Quanto tempo/horas, depois de nascer, é que criança passou a ser amamentada [alimentada ao peito]”	90
Gráfico 31 - Relação entre Q12 (“Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?”), Q128 (“O médico aconselhou”) e Q06 (“Logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) o seu bebé foi alimentado ao peito?”)	91
Gráfico 32 - Relação entre Q23 (“O que é para si dar de mamar ao seu bebé? É bom ou mau?”) e Q10 (“Nos primeiros 6 meses de vida, como foi alimentado o seu filho?”)...	94

Lista de Abreviaturas e Siglas

AC – Alimentação complementar

AM – Aleitamento materno

AME – Aleitamento materno exclusivo

AMP – Aleitamento materno predominante

AP – Amamentação precoce

DGS – Direção Geral de Saúde

IBFAN – International Baby Food Action Network

IEC – Informação, educação e comunicação

IHAB – Iniciativa Hospitais Amigos do bebé

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança (para Angola)

OMS – Organização Mundial de Saúde

UNICEF – United Nations Children's Fund

WABA – World Alliance for Breast-feeding Action



1. Introdução

É grande a importância do leite materno como forma de melhorar a nutrição e a saúde dos lactentes e crianças, pois o leite materno tem propriedades anti-infecciosas que ajudam a proteger as crianças contra as doenças, contribuindo para a diminuição da mortalidade e da morbidade infantil quer a curto quer a longo prazo (WHO, UNICEF, 2003).

Segundo Ciampo et al (2004), quando as crianças vivem em ambientes favoráveis a ausência de aleitamento materno (AM) pode ser de alguma forma compensada. Mas, quando as crianças vivem em condições ambientais desfavoráveis, isso pode trazer graves prejuízos para a sua saúde, podendo até provocar a morte. Sabe-se que os benefícios do aleitamento materno estendem-se até à idade adulta, contribuindo para a formação e o desenvolvimento de um adulto mais saudável e com melhor qualidade de vida.

O leite humano tem as características nutricionais que garantem um crescimento físico do bebê ideal mesmo se em condições ambientais adversas. O leite materno tem maior quantidade de gordura do que os leites artificiais, é de fácil digestão e absorção, assegura as necessidades energéticas do bebê, com grande equilíbrio de ácidos gordos não saturados que podem vir a ser um fator importante na prevenção de arteriosclerose, de doenças coronárias e de obesidade quer na infância quer na vida adulta. O leite materno também oferece proteção contra doenças infecciosas, devido à presença no colostro de células linfoides vivas e funcionais com capacidade imunológica na produção de anticorpos, além de existir passagem da mãe para o filho através do leite materno de anticorpos contra os agentes patogénicos mais comuns no ambiente da mãe e do filho. O aleitamento materno tem ainda efeito preventivo sobre alergias, como eczemas, alergia a medicamentos e alergia respiratória na infância e na adolescência. (Ciampo et al, 2004).

No entanto as vantagens do aleitamento materno não são só nutricionais e de proteção, pois a amamentação cria laços afetivos entre mãe e filho, além de ser muito económica, higiénica e prática. O leite materno está sempre pronto a ser utilizado sem custos desnecessários e sem necessidade de preparação e esterilização de biberons e tetinas, com riscos acrescidos de doenças gastrointestinais. As mães também podem beneficiar com o aleitamento materno, pois é uma forma de prevenção do cancro mamário, contribui para a involução uterina no puerpério e para o espaçamento entre gestações, para a recuperação do



peso anterior à gravidez, além da satisfação que as mães podem sentir por contribuírem para o bem-estar dos seus filhos.

Ciampo et al (2004) referem ainda a importância da alimentação materna para o equilíbrio ecológico do planeta, pois o aleitamento é uma fonte natural que não causa devastação da natureza e não polui o ambiente. Já quando o aleitamento é artificial, exige-se desmatamento para criar pastagens, uma vez que cada vaca utiliza cerca de 10 mil metros quadrados de pasto por ano, além de detritos poluidores. Há benefícios para a família e, por extensão, para toda a sociedade ao considerarmos que as crianças amamentadas ao seio materno gastarão menos na sua alimentação, ficarão menos doentes e, portanto, gastar-se-á menos com a manutenção e a recuperação da sua saúde e ocorrerão menos óbitos evitáveis, o que é de imensa relevância nos seus aspetos éticos.

Existem no entanto, situações que impedem o aleitamento materno, quer temporariamente ou definitivamente. Por exemplo, mães com doenças infecciosas a tomarem certos medicamentos podem não poder amamentar temporariamente, embora devam continuar a estimular a produção de leite para que possam voltar a amamentar quando a situação estiver solucionada. Em simultâneo, as crianças devem ser alimentadas por copo ou à colher para que não recusem o peito (Ciampo et al, 2004).

No que diz respeito aos impedimentos definitivos, são poucos mas não tão raros como seria desejável. Segundo Ciampo et al (2004), o leite materno pode apresentar RNA retrovírus, que incluem os vírus linfotrópicos T humanos HTLV-1, HTLV-2 e o vírus da imunodeficiência humana HIV-1, citomegalovírus, vírus de Epstein-Barr, herpes-vírus humano 7, vírus da rubéola, vírus da hepatite B e hepatite C; e também algumas bactérias que podem causar problemas, como o bacilo da tuberculose.

Sabe-se que o risco médio de transmissão do HIV para o leite materno é de 14%, variando estes valores em função da carga viral e do estado de saúde materno. Quando o diagnóstico de SIDA é feito antes ou durante a gravidez, são administrados antivirais, que diminuem o risco de transmissão. No entanto, cerca de 1/3 a metade das crianças infetadas com o HIV foram-no durante o aleitamento materno, o que levanta um problema grave principalmente para os países em desenvolvimento.

A OMS recomenda no documento “Oportunidades para os Recém-Nascidos em Africa”, que mães seropositivas não devem alimentar os seus filhos com leite materno desde que exista uma forma “aceitável, viável, acessível, sustentável e segura” de garantir a



alimentação por meio de alimentos de substituição, logo após o parto. No entanto, lembra que não realizar aleitamento materno faz aumentar o risco de diarreia e pneumonia, recomendando que seja realizado aleitamento materno exclusivo, que tem menor risco de transmissão do HIV do que na alimentação não exclusiva, quando não se pode assegurar condições ideais de alimentação com alimentos de substituição, como é o caso de meios onde é muito elevado as doenças infecciosas e a desnutrição (Lawn & Kerber, 2006).

O AM é sem dúvida a melhor forma de alimentação das crianças, sendo recomendado o aleitamento materno exclusivo (AME) desde o nascimento até aos 6 meses. Inclusive é mesmo desaconselhado qualquer outro alimento antes dos 4 meses de idade (WHO; UNICEF, 2003). Considerando que o leite de cada espécie animal é o ideal para os filhotes dessa espécie, não poderá haver dúvidas de que o leite humano serve especialmente o bebé humano, adaptando-se às características e necessidades de cada bebé, e não pode ser substituído de forma perfeitamente eficaz por nenhum outro tipo de leite. Enfim, benefícios e vantagens do aleitamento materno são inúmeras e já não levantam qualquer tipo de dúvidas ou de questões.

No entanto, durante a década de 70, principalmente nos países mais desenvolvidos assistiu-se a uma grande disseminação de propaganda aos substitutos do leite materno através de todos os meios de comunicação. A propaganda era dirigida principalmente aos profissionais de saúde com distribuição gratuita de leite nos centros de saúde e hospitais. A maioria das mães em vez de receberem apoio ao aleitamento materno recebiam latas de leite que favoreciam o desmame precoce.

Este fenómeno de introdução dos substitutos do leite materno fez surgir doenças, infeções e alergias, que comprovaram a capacidade de proteção do leite materno. Então, no fim da década de 70, iniciou-se na Europa e na América do Sul, um movimento que visava o retorno ao AM, pelo menos até aos 6 meses. Contudo ainda hoje muito é necessário fazer para evitar o desmame precoce.

A WABA (*World Alliance for Breast-feeding Action*) é uma aliança de várias organizações mundiais, que procura desenvolver ações de promoção, proteção e apoio à amamentação e que tem levado a cabo várias campanhas das quais se salientam a Iniciativa Hospital Amigo da criança e a semana mundial do aleitamento materno, que muito tem contribuído para o reconhecimento da importância do aleitamento materno (Rego, 2006, p.445).



Embora as taxas de aleitamento materno sejam altas à saída dos Hospitais após o parto, é também notório que o AME não acontece durante os 6 meses recomendados, acontecendo um desmame precoce que se pode justificar por variadíssimos fatores que se podem agrupar em psicológicos, sociais, educacionais e estruturais, que se prendem com as características pessoais e culturais das mães e suas famílias, com o local onde residem, com o ambiente da comunidade e do local de trabalho, com a legislação pública e com os sistemas de saúde e de apoio materno infantil de cada região ou país.

1.1 Definição do problema

Este estudo pretende identificar, descrever e analisar os fatores que contribuem para que as mães abandonem o AME antes dos 6 meses de idade, no município sede da província do Uíge, em Angola, bem como indicar formas de intervenção para que os índices de prevalência do AME possam aumentar.

A pergunta de pesquisa que se pretende responder é “Quais as razões que levam as mães com filhos até um ano de idade a deixarem o aleitamento materno exclusivo antes dos 6 meses de idade?”

1.2 Objetivos gerais e específicos

Os objetivos gerais definidos para este estudo são: (i) Descrever a situação presente no que se refere às taxas de prevalência do aleitamento materno; e (ii) determinar os fatores que poderão estar relacionados com o abandono e manutenção do aleitamento materno exclusivo de mães utilizadoras do centro de saúde materno infantil do Pedreira do município sede da província do Uíge, Angola.

Os objetivos específicos são: (i) Determinar as percentagens de mães que abandonam o aleitamento materno antes de os filhos atingirem os 6 meses de idade; (ii) Identificar os fatores que justificam o abandono precoce do aleitamento materno, por parte das mães; (iii) Determinar a percentagem de mães que mantêm, após os 6 meses, o aleitamento materno exclusivo, predominante e complementar; (iv) Descrever e analisar os fatores que favorecem o aleitamento materno por parte das mães.



2. Estado da Arte: Fatores que contribuem para o abandono do aleitamento materno exclusivo

2.1. Aleitamento materno exclusivo: Situação em Angola, Moçambique, Brasil, Portugal e resto do Mundo

Em Angola, segundo dados do Relatório do Inquérito sobre Nutrição 2007, (Direção Nacional de Saúde Pública do Governo de Angola, 2007, p.34), 95% das mães praticaram aleitamento materno, sendo 54,9 a percentagem de mães que iniciou a AM imediatamente após o nascimento, 29,2 a percentagem de mães que iniciou AM até 24 horas após o nascimento e 10,9 a percentagem de mães que iniciaram 24 h ou mais após o nascimento. Considerando a Província de Uíge, a percentagem de mães que iniciou AM é de 97,7, correspondendo 54,3 a percentagem de mães que iniciou a AM imediatamente após o nascimento e 34,9 a percentagem de mães que iniciou AM até 24 horas após o nascimento e 8,5 a percentagem de mães que iniciaram 24 h ou mais após o nascimento. A nível nacional 90% das mulheres amamentou o filho em alguma altura, tendo-se verificado que a proporção de mulheres que nunca fizeram aleitamento materno é maior na Província de Luanda Norte (18,9%). Huíla (10,6%) e Kwanza Sul (8,4%).

A percentagem de AME aos 6 meses foi de 31,1% para a média do país e de 37% para a província de Uíge. No entanto existem províncias com valores muito mais baixos, como a Província do Zaire (10,2%), a Província do Moxico (10,4%) e a Província de Luanda Sul (10,5%). O Relatório compara os valores da taxa de AME de 2001 (14%) com os valores de 2007, que justifica com a iniciativa IHAC-Iniciativa Hospital Amigo da Criança que tem facilitado o acesso à informação sobre aleitamento exclusivo, o que também poderá justificar as diferenças entre as taxas nas áreas urbanas (43,9%) com as taxas nas áreas rurais (24,1%) (Direção Nacional de Saúde Pública do Governo de Angola, 2007, pp.35-36)

Em Portugal, o Ministério da Saúde (2012) publicou o relatório do Aleitamento Materno em que apresenta um estudo estatístico sobre aleitamento materno que inclui registos de 22 hospitais (dos quais 6 são IHAB) e de 132 unidades de saúde responsáveis pelo acompanhamento das crianças e mães após a saída do Hospital. Os 22 hospitais são 7 da



região norte, 6 da região centro, 7 da região Lisboa e vale do Tejo e 2 do Algarve. O Estudo apresentou 98,5% como taxa de iniciação de aleitamento materno antes da alta hospitalar, tanto nos Hospitais como nos Hospitais IHAB; no entanto a taxa de AME desde o nascimento até à alta foi superior nos Hospitais IHAB (72,5%) do que nos restantes Hospitais (65,2%). No que diz respeito á amamentação precoce, iniciaram aleitamento materno na 1ª hora de vida 77,3% nos Hospitais e 74,3% nos Hospitais IHAB.

Os 132 centros de Saúde que acompanharam as mães durante as consultas posteriores à alta hospitalar, são 74 da região norte, 19 da região centro, 33 da região de Lisboa e vale do Tejo, 1 da região do Alentejo, 4 da região do Algarve e 1 da região dos Açores, recolheram dados que permitiram determinar as taxas de AME, desde as 5 semanas até aos 6 meses, sendo os resultados obtidos os seguintes: (i) 71,2% na 5ª semana de vida; (2) 46,4% aos 2 meses de vida; (3) 40,3% aos 3 meses de vida; (4) 26,9% aos 4 meses de vida e (5) 14,7% aos 5 meses de vida. A introdução dos alimentos complementares (sólidos, semissólidos ou moles) foi feita antes dos 5 meses em 13,1% dos casos antes dos 6 meses em 24,3% dos casos.

No Brasil, e segundo dados do Ministério da Saúde brasileiro (2009), referente a uma pesquisa nacional de prevalência de aleitamento realizada nas capitais brasileiras, verificou-se que 67,7% das crianças analisadas mamaram na primeira hora de vida, embora os valores fossem muito heterogéneos, variando de 58,5% em Salvador a 83,5% em São Luís. A prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses foi de 41%, tendo este indicador um comportamento bastante heterogéneo, variando de 27,1% em Cuiabá a 56,1% em Belém. Constatou-se um aumento de prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses, de 35,5% em 1999, para 51,2% em 2008. Constatou-se ainda a introdução precoce de água, chás e outros leites, respetivamente 13,8%, 15,3% e 17,8%. Cerca de 25% das crianças entre os 3 e os 6 meses já consumiam comida salgada (20,7%) e frutas (24,4%).

Tabela 1 – Registo de dados sobre prevalência de aleitamento materno (%).

Região/país	Amamentação na 1ª hora	AME aos 6 meses	AC dos 6 aos 9 meses	AC dos 20 aos 23 meses
Brasil	43	40	70	25
Moçambique	63	37	84	54
Cabo Verde	73	60	80	13
Guiné	35	48	32	-----
Africa	47	32	69	49
Asia	31	41	51	53
América Latina	48	41	69	28
CEE	-----	27	53	23
Mundo	39	37	57	49

Fonte: Adaptado de UNICEF, Tracking progress on child and maternal nutrition - A survival and development priority

2.2. Nutrição Materna e Amamentação

Para que a amamentação seja um processo que decorre da forma o mais natural possível é preciso que a futura mãe se prepare desde início da gravidez e um dos aspectos mais importantes a ter em conta é a alimentação. Segundo Rego, durante o período pré-natal e durante a amamentação o ideal é fazer uma dieta equilibrada que contenha

os quatro pilares da alimentação: fonte básica representada por cereais, tubérculos ou raízes; uma fonte proteica animal ou vegetal; uma fonte de sais minerais e vitaminas, com a presença de verduras, legumes e frutos; uma fonte de energia, à base de gordura e açúcares (2006, p.139).

Segundo Lawn e Kerber (2006, p.102), “a maioria das mulheres africanas sofrem de subnutrição crónica e de deficiências de micronutrientes e não conseguem ganhar peso suficiente durante a gravidez”, aumentando o risco de problemas com a gestação, com o parto e com o desenvolvimento dos recém- nascidos e das crianças que enfrentam problemas de saúde ao longo da vida.

A subnutrição materna aumenta o risco de nados-mortos e de mortes de recém-nascidos, de limitações ao crescimento intra-uterino, de baixo peso à nascença, de partos prematuros (pré-termo) e de perturbações do parto. Todos os anos nascem em Africa mais de quatro milhões de bebés com baixo peso à nascença. Estes bebés correm um risco acrescido de morte no período neonatal, têm mais probabilidades de ser raquíticos e correm maiores riscos de morte. (Lawn & Kerber, 2006, p.102).



De acordo com Taborda (2006, p.101), “devem ser consumidos alimentos de todos os grupos de alimentos da roda dos alimentos quer pela gestante quer pelo latente, consumindo alimentos variados de cada grupo para assegurar todos os nutrientes.”

Os hidratos de carbono, como o pão, cereais, massas, arroz e batatas devem constituir um terço da dieta. As frutas e legumes são fundamentais, pois fornecem vitaminas e minerais, assim como os laticínios. Durante a gravidez é essencial a ingestão de uma maior dose de vitaminas e sais minerais, porque ao fornecer-los ao bebé a mãe pode apresentar deficiência. Apesar de ser importante consumir quantidades suficientes de vitaminas e sais minerais, há algumas especialmente importantes, quer para a saúde do bebé, como para saúde da mãe, como: vitamina A, complexo B, folatos e ácido fólico, vitamina C, vitamina D e vitamina E, e cálcio, ferro e zinco (Taborda, 2006).

Em África, estão a ser ensaiados suplementos de micronutrientes múltiplos, complementares ao ferro e ao ácido fólico que são já utilizados, “como forma de melhorar o teor de micronutrientes da mãe e de aumentar o peso do bebé à nascença” (Lawn & Kerber, 2006, p.103). Os fatores culturais e sociais contribuem muitas vezes para que a mãe tenha uma alimentação deficiente e problemas de saúde, devido a mitos locais que podem levar a que sejam evitados certos alimentos bastante nutritivos, considerados tabus, pela cultura. Acontece também que as grávidas têm muitas vezes de fazer trabalhos fisicamente exigentes e que por limitações económicas, não se alimentem convenientemente. Melhorar a alimentação das mulheres africanas resultará sem dúvida em mulheres e bebés mais saudáveis; dependendo de algumas medidas muito simples: ingestão adequada de ferro durante e pós a gravidez, ingestão adequada de vitamina A no pós-parto, ingestão adequada de iodo, e prevenção da anemia (Lawn & Kerber, 2006).

2.3. Importância do Aleitamento Materno

Sabe-se hoje que os benefícios do aleitamento materno não se limitam ao período da amamentação, mas que se prolongam no tempo, tendo efeitos na qualidade de vida do ser humano quando adulto. A espécie humana pertence à classe dos mamíferos e como tal caracteriza-se por alimentar os seus filhos com leite materno, o que deveria então ser uma prática normal, natural e que não deveria sequer ser discutida. No entanto, embora seja do conhecimento geral que o leite materno é o melhor para as crianças e que a maioria das mães



saía das maternidades a amamentar, essa prática sofre um rápido declínio para valores muito reduzidos, muito antes dos 6 meses recomendados.

São muitas as vantagens do aleitamento materno, tanto a curto como a longo prazo, reconhecendo-se que “a sua prática exclusiva é a melhor forma de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida, e que, após a introdução adequada de novos alimentos, é desejável que este se prolongue até aos dois anos de idade ou mais.” (Faleiros et al, 2011, p.25). O aleitamento materno já não é hoje completamente natural, dependendo de variadíssimos fatores que podem influenciar o seu sucesso.

Alguns desses fatores estão diretamente relacionados com a mãe, como as características da sua personalidade e a sua motivação face ao aleitamento materno, ao passo que outros se referem à criança e ao ambiente, como por exemplo, as suas condições de nascimento e o período pós-parto, havendo, também, fatores circunstanciais, como o trabalho materno ou condições socioculturais. (...) Consideramos que a motivação é um dos fatores preponderantes na adesão ou não ao aleitamento materno. O início e duração da amamentação supõem uma decisão pessoal, uma mãe e um pai motivados e decididos a amamentar, aliados a um latente saudável e com boa capacidade de sucção, são premissas para o sucesso do aleitamento materno” (Faleiros et al, 2011, p.28).

2.3.1. Formas de Aleitamento Materno

Interessa definir, antes de tudo, as diferentes práticas alimentares dos lactentes, conforme estabelecidas pela OMS, são quatro: (i) aleitamento materno exclusivo (AME); (ii) aleitamento materno predominante (AMP); (iii) alimentação complementar (AC) e (iv) aleitamento materno (AM). Segundo Orfão et al (2012), AME é o tipo de alimentação que só permite leite materno excluindo qualquer outro alimento ou fluído; AMP é o tipo de alimentação em que predomina o leite materno mas inclui também água, bebidas à base de água e sumos de frutas, mas que não permite leite não humano e outros fluidos; AC corresponde a leite materno e alimentos sólidos e semissólidos e alimentos líquidos inclusive leite não humano; e AM define-se como alimentação através de leite materno incluindo qualquer outro alimento mesmo leite não humano.

É importante ainda definir amamentação precoce, que é a alimentação com leite materno feita logo após o nascimento e que se pensa estar relacionada com as taxas de AME e desmame precoce que corresponde à interrupção do AME antes dos 6 meses de idade. O objetivo que se pretende através de campanhas e iniciativas por todo o mundo é que aumentem as taxas de AME e as taxas de amamentação precoce (AP).



2.3.2. Vantagens e Desvantagens do Aleitamento Materno

O leite humano produz-se de acordo com o código genético de cada espécie, estando biologicamente adaptado às características e necessidades de cada bebê, modificando-se na sua quantidade e composição de acordo com a interação entre mãe e filho segundo (Cordero, citado por Cardoso, 2006). Nenhum alimento está mais adequado a uma espécie, nem é melhor para a alimentação de um recém-nascido do que o leite da própria espécie (Ciampo, 2004), além de que o leite humano é muito mais do que uma mera fonte de nutrientes pois “proporciona proteção contra infecções e alergias, como também estimula o desenvolvimento adequado do sistema imunológico e a maturação do sistema digestivo e neurológico”. Salienta-se ainda o efeito protetor do leite humano contra algumas doenças degenerativas da idade adulta tais como a obesidade, hipertensão e diabetes (Rego, 2006, p.55).

Assim sendo, as vantagens do aleitamento materno podem agrupar-se em: vantagens económicas, vantagens para a mãe e vantagens para o bebê, nas suas dimensões nutricionais e digestivas, imunológicas e metabólicas e no desenvolvimento psicológico, sensorial e motor do bebê.

2.3.2.1 Vantagens para o bebê: benefícios nutricionais e digestivos

O leite humano tem na sua composição cerca de 97,5% de água que é suficiente para que o bebê se mantenha hidratado mesmo em climas quentes e secos, não sendo necessário oferecer água aos bebês quando se pratica o aleitamento materno exclusivo (Ciampo, 2004). O leite materno contém proteínas de fácil digestão, que são rapidamente digeridas, fazendo com que o bebê se alimente de 2 a 3 horas, estimulando a produção de leite. O leite humano também “contém uma proporção significativa de aminoácidos essenciais (...) que podem ser absorvidos e utilizados pelo bebê no estado em que se encontram” (Pryor, 1981, p.52). As proteínas do leite materno são usadas pelo bebê com grande eficiência, enquanto que se o bebê for alimentado por substitutos do leite materno à base de leite de vaca, só utiliza cerca de 50% de todas as proteínas que ingere, necessitando de ingerir maior quantidade de alimento. Pode correr o risco de se tornar obeso porque ao mesmo tempo que precisa de mais proteína também ingere maior quantidade de hidratos de carbono. Uma grande parte das proteínas do leite de vaca, não é digerida pelo bebê, sendo eliminadas pelo sistema digestivo e urinário (Pryor, 1981).



O leite materno é constituído essencialmente pelo açúcar lactose, de muito mais fácil digestão do que a galactose e glucose constituintes do leite de vaca, e facilitador da absorção do cálcio. “Uma contribuição importante do açúcar do leite materno é o seu efeito sobre as bactérias que crescem no intestino do bebé” (Pryor, 1981, p.55). A digestão da lactose desenvolve no intestino um meio ácido que favorece o desenvolvimento das bactérias que crescem nos intestinos do bebé e que impede a proliferação de bactérias e organismos prejudiciais, ao contrário da digestão dos outros açúcares que formam um meio alcalino potenciador do crescimento de organismos invasores.

O conteúdo vitamínico do leite varia com a dieta materna, mas em termos gerais têm a quantidade de vitaminas necessárias ao bebé. Existem dois tipos de vitaminas: as solúveis em gordura e as hidrossolúveis. As vitaminas solúveis em gordura (A,E,D) podem ser armazenadas no corpo e as que se dissolvem em água (C, complexo B) devem ser fornecidas diariamente pela dieta. O leite materno contém grande quantidade de vitamina A e E que tem origem no fígado da mãe mesmo quando a sua dieta não tem qualquer teor destas vitaminas. A vitamina D é sintetizada pelo corpo quando exposto ao sol, quer pela mãe quer pelo bebé. A vitamina C e o complexo B são fornecidos pela dieta. O leite materno comparado com o leite de vaca tem dez vezes mais vitaminas essenciais, sendo necessário que as crianças que não são amamentadas ao peito recebam gotas suplementares de vitaminas. O teor de gordura do leite humano é maior que o do leite de vaca sendo essa uma das razões porque o leite de vaca tem menos vitaminas solúveis em gordura (Pryor, 1981). É importante orientar a nutrição materna para a ingestão de vitaminas hidrossolúveis que são obtidas através da dieta.

Do ponto de vista da qualidade das gorduras no leite deve-se considerar que a dieta materna é fundamental, pois se for constituída por gorduras de origem animal haverá um aumento de ácidos gordos saturados no leite. Se, ao contrário, predominam gorduras de origem vegetal na dieta materna, aumentará a quantidade de ácidos gordos polinsaturados no leite” (Ciampo et al, 2004, p.10).

Segundo Ciampo et al (2004) e Rego (2006), a concentração dos sais minerais, como cálcio, fosforo, zinco, ferro, magnésio, potássio, e fluor, não são afetados pela dieta materna. “A concentração de minerais é menor no leite materno do que no de vaca e nas fórmulas, porém no leite materno está mais bem adaptado às necessidades nutricionais e capacidades metabólicas do lactente” (Rego, 2006, p.63). O leite humano tem pequenas quantidades de ferro do mesmo modo que o leite de vaca, mas a “absorção é muito maior no leite humano. Cerca de 70% do ferro do leite materno é absorvido, sendo 30% no leite de vaca e 10% nos

substitutos do leite humano” (Rego, 2006, p.63). Em lactentes alimentados exclusivamente com leite materno até aos 6 a 8 meses é muito raro ocorrer a anemia por privação de ferro, no entanto, a introdução precoce de outros alimentos pode comprometer a absorção do ferro (Rego, 2006).

2.3.2.2 Vantagens para o bebé: benefícios imunológicos e metabólicos

O colostro é produzido no fim da gestação como resposta à produção de estrogénio e progesterona. “É rico em anticorpos que ajudarão a proteger o bebé de infeções e a construir um forte sistema imunológico” (Taborda & Deutsch, 2006, p.298).

Pryor (1981) salienta que o colostro é particularmente importante na proteção do bebé contra doenças, pois contém anticorpos que o protegem contra agentes patogénicos como “a polio, vírus coxsackie B, diversos estafilococos e e-coli” (p.65) existindo estes anticorpos em concentrações mais elevadas no colostro do que no sangue materno. Ciampo (2004) refere que estão presente no colostro e no leite materno “células linfoides vivas e funcionais, com capacidades imunológicas na produção de anticorpos e mediação da imunidade celular e também a presença de macrófagos com capacidade fagocitária” (p.13). O aleitamento materno tem efeito na prevenção de alergias como eczemas, alergias a medicamento e alergias respiratórias e exerce também efeitos de proteção sobre “hipocalcemia neonatal, doença celíaca, morte súbita do lactante, acrodermatite enteropática, doença de Crohn, doenças crónicas do sistema digestivo, linfomas e leucemia” (p.13)

2.3.2.3 Vantagens para o bebé: desenvolvimento psicológico, sensorial e motor do bebé.

O aleitamento materno permite que a criança desenvolva proteção contra doenças, proporcionando um desenvolvimento físico mais saudável. Do mesmo modo que é facilitador do desenvolvimento físico também fortalece o bebé do ponto de vista psicológico, graças à interação mãe-bebé que promove os laços afetivos e o vínculo precoce.

“A experiência emocional mais importante que o bebé vive no início da sua vida (...) é a experiência de ser acolhido nas suas aflições (de fome, sede, frio, calor, dor, desejos, ...) e, mais do que isso de ser compreendido e identificado”. Os bebés que não recebem cuidados e atenção, não se desenvolvem normalmente. “O contato físico com a mãe é ainda mais

importante do que a atenção social” e os bebés amamentados ao seio, tornam-se “indivíduos mais seguros do que os bebés que recebem bastante atenção mas pouco contacto físico” (Ciampo et al, 2004, p.61).

2.3.2.4 Vantagens económicas

O aleitamento materno apresenta vantagens económicas, porque é uma fonte de alimentação para o bebé, completamente gratuita, enquanto que o leite artificial exige a aquisição do leite, dos utensílios para a sua administração (biberons e tetinas), sem esquecer o tempo necessário para a sua preparação e os procedimentos de esterilização necessários.

O aleitamento materno é também uma forma de proteger o ambiente, se considerarmos que para criar uma vaca é necessário “10 mil metros quadrados de pasto por ano “sem esquecer a produção de detritos poluidores do ambiente (Ciampo et al, 2004, p.16)

2.3.2.5 Vantagens para a mãe

Segundo a UNICEF (2007), as vantagens do aleitamento materno para a mãe são várias: “Aumenta os laços afetivos, diminui o sangramento da mãe após o parto e faz o útero voltar mais rápido ao normal, é um método natural de planeamento familiar, diminui o risco de câncer de mama e ovários” e tem vantagens económicas não precisando de ser comprado (p.2). Os laços afectivos que se criam entre mãe e filho, envolvem o pai e toda a família podendo contribuir para a manutenção da amamentação durante mais tempo. Se a mãe der de mamar ao seu filho logo que ele nasce, ainda na sala de partos, é estimulada a produção de prolactina e da ocitocina. A prolactina tem como efeito aumentar a produção de leite e a ocitocina provoca a contração do útero e a diminuição das percas de sangue. Enquanto a mãe não menstrua após o parto, a amamentação é uma ótima forma de evitar outra gravidez, caso seja exclusiva durante o dia e durante a noite. Vários estudos feitos em diferentes populações de mães demonstraram que quanto mais a mulher amamenta, menor o risco de câncer de mama e ovários, diminuindo o risco com o aumento do tempo de amamentação.

Pryor (1981) refere que a amamentação é um contraceptivo natural, pois a prolactina faz aumentar a produção de progesterona inibindo a menstruação e o início do ciclo menstrual. A prolactina é produzida quando a mãe amamenta, como resultado da estimulação por sucção que o bebé faz quando mama. A produção de prolactina mantém uma produção de



progesterona pelos ovários, mantendo o ciclo menstrual suspenso não ocorrendo ovulação. Claro que tal só acontece se a amamentação ocorrer logo a seguir ao parto e com intervalos de 4 em 4 horas, caso contrário o ciclo menstrual poderá voltar pouco tempo depois do parto.

2.4. Postura, Posição e Pega Adequada: um bom início para a amamentação

Para que a amamentação tenha sucesso é necessário que a mulher esteja motivada para a amamentação, esteja elucidada sobre as vantagens e benefícios da amamentação quer para si mesma quer para o seu filho e que esteja preparada para o fazer. O estabelecimento da lactação é também um aspeto importante na manutenção da amamentação e depende em muito das “práticas hospitalares associadas ao parto, no período pós-parto imediato e durante a estada da mãe e do bebé no hospital”, podendo estas práticas “influenciar positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do aleitamento materno” (Levy & Bértolo, 2002, p.14).

Para Rego (2006, p.137), o sucesso da amamentação depende da “interação entre a mãe e o filho, com suporte familiar, comunitário e profissional apropriado”, devendo a mãe ter também uma visão positiva da amamentação, querer e poder amamentar. Embora a lactação seja um processo natural e o sugar seja um reflexo do recém-nascido, tal não chega para o sucesso da amamentação. A amamentação, como manutenção da lactação é “uma arte que precisa ser ensinada e aprendida” (Rego, 2006, p.144).

Normalmente os recém-nascidos colocados ao peito da mãe, localizam o mamilo sem ajuda, no entanto, quando o bebé não mama logo após o nascimento, nas primeiras horas de vida, o impulso da sucção diminui sendo necessário estimular o bebé. Na amamentação é muito importante a postura da mãe, que pode facilitar ou dificultar a amamentação. A postura deve ser confortável para a mãe e para a criança. Normalmente a criança deve ficar próxima da mãe e colocada de frente para ela de acordo com qualquer posição adotada pela mãe. Não existem posições fixas, podendo ser de pé, sentada ou deitada, nem regras fixas para a amamentação; o processo evolui ao longo do tempo, sendo considerada uma postura adequada aquela em que a mãe está relaxada e confortável e o bebé está calmo e sem chorar. A pega adequada também é um aspeto importante para que a amamentação tenha um bom início. A pega adequada é uma forma de prevenção de fissuras e rachaduras do mamilo, de alterações da arcada dentária e de alterações fonoarticulatórias (Rego, 2006).



2.5. Desenvolvimento Físico e Sobrevivência Infantil e o Aleitamento Materno Exclusivo

Segundo a OMS (2005), 60% das 10,9 milhões de mortes anuais de crianças com menos de 5 anos de idade devem-se direta ou indiretamente a problemas de desnutrição, que estão associadas “a práticas alimentares inadequadas que ocorrem no primeiro ano de vida” (p.10). As práticas inadequadas incluem não fazer amamentação exclusiva durante os primeiros meses de vida e a introdução precoce de alimentação complementar com alimentos nutricionalmente inadequados e que apresentam riscos para a saúde e desenvolvimento das crianças. Paralelamente à desnutrição, verifica-se o aumento do sobrepeso e obesidade que do mesmo modo que a desnutrição também ameaçam o desenvolvimento adequado das crianças e têm impactos na sua vida adulta.

Em alguns dos países com níveis altos de subnutrição, os governos enfrentam múltiplos desafios – pobreza, crise económica, conflitos, desastres naturais, injustiças – que são problemas urgente que chamam atenção. A subnutrição requer investimentos a longo prazo e que não têm resultados imediatos. As crianças que não são amamentadas ou que sofrem de deficiências de micronutrientes na sua alimentação têm menos hipóteses de sobrevivência do que as crianças que são bem alimentadas, além de apresentarem atrasos de desenvolvimento. O desenvolvimento físico começa já no útero, podendo também a subnutrição materna provocar atrasos e impactos permanentes na formação do cérebro e de outros órgãos do bebé (UNICEF, 2009).

Ciampo et al (2004) referem que considerando que existe uma relação entre a nutrição e o desenvolvimento físico, só o “aleitamento materno bem-sucedido garante, pela sua completude e qualidade, o estado nutricional e o crescimento físico do lactante, mesmo em condições desfavoráveis” (p.11) sendo fundamental para o “sucesso de qualquer estratégias ou programas que vise a sobrevivência infantil, ao que poder-se-ia acrescentar sobrevivência com qualidade de vida, trazendo vantagens para todos, ricos ou pobres, no desenvolvimento humano” (p.16).

Unicef, OMS, WABA e IBFAN, entre outros organismos de proteção á criança defendem a importância do aleitamento materno como fator chave para a implementação de qualquer estratégia com vista à diminuição da mortalidade infantil e têm sido postas em prática várias campanhas e movimentos para implementar a amamentação. Um exemplo é a declaração de Innocenti, que foi assinada por 40 representantes de vários países do mundo, que se “comprometiam a proteger, apoiar e promover a amamentação em seus países”. Foi



também implementada uma estratégia que se refere aos cuidados primários, que formam o núcleo da sobrevivência infantil: “monitorização e promoção do crescimento, imunizações, terapia de reidratação oral, aleitamento materno e prevenção e tratamento das infecções respiratórias agudas.” O aleitamento é um dos principais componentes desta estratégia que “nos países em desenvolvimento, podem poderá salvar milhões de crianças e, o que é mais importante, com qualidade de vida” (Rego, 2006, p. 19).

2.6. Fatores Determinantes do Aleitamento Materno

Segundo Cardoso (2006, p.65) a “amamentação é um processo interativo de satisfação de necessidades físicas e psicológicas do bebê e da mãe” dependendo uma amamentação bem-sucedida de vários fatores mas principalmente da vontade da mãe que deve estar motivada e dispor de condições ótimas para a amamentação. Existem muitos fatores que influenciam o aleitamento materno, quer positiva ou negativamente. Segundo Faleiro et al (2011), alguns fatores relacionam-se com a mãe, “como as características de sua personalidade e sua atitude frente à situação de amamentar”, outros referem-se às características da criança e ao ambiente em que as mães e criança se encontram, como por exemplo, “as suas condições de nascimento e o período pós-parto havendo, também, fatores circunstanciais, como o trabalho materno e as condições habituais de vida.” (p.624).

Podem-se agrupar os fatores determinantes do Aleitamento Materno em fatores que promovem o sucesso do aleitamento materno ou fatores que promovem o seu insucesso.

2.6.1 Fatores que promovem o insucesso do aleitamento materno

Os principais fatores de insucesso do aleitamento materno relacionam-se com: a vida profissional da mãe e as mudanças na estrutura familiar; o papel negativo do cônjuge, da família e dos amigos; a insegurança e desconhecimento da mãe sobre amamentação; a introdução precoce de alimentos alternativos; o apoio insuficiente dos serviços e dos profissionais de saúde; a preocupação estética com o corpo; e a publicidade fácil a substitutos do leite materno.

Conciliar trabalho e amamentação é um processo difícil que não depende do trabalho que a mulher faz mas sim das relações que estabelece com a entidade patronal. Embora exista legislação de proteção à amamentação, que dá direito às mulheres a uma redução de horário



de duas horas por dia, a amamentação deixa de ser viável pois para manter a lactação é necessário recolher leite com frequência, o que se torna incomportável com a realização do trabalho. Acontecem ainda situações em que as mulheres têm situações de trabalho precário, em que sair mais cedo, ou fazer cumprir a legislação é forma certa de ficar sem trabalho.

A Legislação de proteção à amamentação faz parte dos artigos 35º, nº 1 i), 47º, 48º e 65º da Lei 7/2009 de 12 de fevereiro e que define que “a dispensa diária para amamentação ou aleitação é gozada em dois períodos distintos, com a duração máxima de uma hora cada, salvo se outro regime for acordado com o empregador” (Pires, Rabaça & Santos, 2011).

O trabalho materno só não é impeditivo ao aleitamento se as mães não trabalharem fora de casa ou se houver condições para o aleitamento no local de trabalho. Se a mãe, além do seu trabalho fora também tiver de fazer todos os “afazeres domésticos (...) mais frequentemente parece ocorrer o desmame” (Faleiros et al, 2011, p.625). As empresas não têm berçários, nem condições para a recolha do leite o que prejudica a continuação do aleitamento exclusivo após o retorno da mãe ao trabalho.

A atitude negativa do cônjuge pode exercer efeito sobre a motivação da mulher para amamentar, do mesmo modo que todas as outras pessoas que façam parte do ambiente social da mãe. Por exemplo, caso a mãe da mãe não tenha amamentado pode influenciar todo o processo e levar ao desmame precoce, o mesmo acontecendo com vivências de amigas ou de outros familiares. Quanto mais inseguras as mães se sentirem e quanto mais desconhecadoras forem da amamentação mais facilmente se deixarão influenciar negativamente. Segundo Faleiros et al para impedir estas situações “seria importante aumentar a informação (...) sobre as vantagens do aleitamento materno (...) iniciando-se já na infância e adolescência” (2011, p. 626) de modo a fazer desaparecer conceitos e tabus sobre a amamentação com vista à promoção do sucesso do aleitamento materno no futuro.

A publicidade aos substitutos do leite materno e à alimentação infantil cria na mãe a necessidade de utilizar tais produtos por associação a imagens de bebés felizes, saudáveis e bonitos. As empresas de alimentação infantil, através de campanhas de publicidade em jornais, revistas, *posters* e *outdoors* chegam a um público muito vasto, além de distribuírem amostras grátis de leites substitutos do aleitamento materno, leites de transição e outros produtos de alimentação infantil que promovem a sua utilização. A promoção comercial não ética destes produtos, levou a OMS e a UNICEF a recomendarem um código internacional de comercialização de substitutos de leite materno em 1981. Foi também adotada uma resolução



“advertindo dos perigos das doações de substitutos de leite materno a recém-nascidos nas maternidades” (Rea, 1990). Um dos fatores importantes para o insucesso do aleitamento materno é a falta de apoio dos serviços de saúde que, segundo King (citado por Cardoso, 2006), têm rotinas muito rígidas que favorecem a introdução precoce de suplementos ou do desmame, não sabendo como orientar as mulheres sobre os seus problemas de amamentação.

Muitas vezes as mães desvalorizam as vantagens do aleitamento materno “face ao medo infundado de que amamentar possa levar à perda da beleza dos seios” (Alves & Neto citados por Cardoso, 2006, p.81). As mulheres podem não querer amamentar devido a comportamentos que se estabeleceram associados à emancipação feminina que considera a amamentação “um ato animalesco, sujo e repugnante, símbolo da sua subalternização” numa sociedade que consideram machista. (Cardoso, 2006, p.81).

Faleiro et al (2011) apontam ainda, com base em literatura diversa, que as mães, embora tenham noção das vantagens do aleitamento, apontam como problemas para abandonarem o aleitamento materno a falta de leite, leite fraco, problemas mamários e a recusa do bebé em pegar no peito. Estes problemas podem dever-se à falta de suporte geracional, em que as mães transmitiam às suas filhas que amamentavam informações e treino, em relação às questões do aleitamento.

Os problemas que ocorrem habitualmente são a repleção excessiva (por retenção do leite (ingurgimento mamário), a inflamação das mamas (mastites), que podem ser acompanhados por dores intensas (seios dolorosos), o ferimento dos mamilos (gretas ou fissuras), as dores nos mamilos (mamilos dolorosos), a insuficiência quantitativa da produção de leite (pouco leite) e a deficiência qualitativa do leite produzido (leite fraco). Em todas estas situações, a solução passa, normalmente, pela continuação da amamentação, em posição adequada e com um procedimento tecnicamente adequado (Faleiro et al, 2011 p.626).

2.6.2 Fatores que promovem o sucesso do aleitamento materno

Os fatores que promovem o aleitamento materno, passam pela eliminação dos fatores de insucesso mas também pela implementação de condições específicas favoráveis ao início e manutenção da amamentação. Segundo Cardoso (2006), os fatores principais que promovem o sucesso do aleitamento materno são as políticas ativas de promoção do aleitamento, a precocidade da decisão de amamentar e o alojamento conjunto pós-parto.

A OMS, a UNICEF e outras instituições internacionais têm desenvolvido esforços para a promoção do aleitamento materno em todo o mundo, através por exemplo da Iniciativa



Hospitais amigos da criança, os dez passos para o sucesso do aleitamento materno e o código Internacional de comercialização de substitutos de leite materno.

A decisão de amamentar deve ser tomada antes do parto, sendo a gravidez o período certo para esclarecer as suas dúvidas. Segundo Applebaum (citado por Cardoso, 2006, p.95) “uma mãe motivada para amamentar, antes do seu filho nascer” terá maior confiança e será maior a probabilidade de ter sucesso na amamentação. “O desejo de dar de mamar é um sinal positivo para o seu êxito.”

A amamentação bem-sucedida é facilitada pelo contacto precoce entre mãe e filho e pelo alojamento conjunto. A seguir ao parto a mãe e criança devem ficar juntos a maior parte do tempo para que a mãe tenha acesso ilimitado ao bebé, favorecendo a amamentação sempre que ele pede, sem horários pré-estabelecidos, de forma livre. Foi prática durante bastante tempo separar a mãe dos bebés, devido à excessiva medicalização do parto e receio de infeções nos recém-nascidos, o que punha em risco a lactação, atrasando a primeira mamada. Nas últimas décadas, tem sido alteradas as rotinas hospitalares para promover o contato precoce, entre mãe e filho, logo após o nascimento e o alojamento conjunto, permitindo ao bebé mamar na primeira meia hora pós parto, que é um dos fatores mais importantes para o sucesso da amamentação (Cardoso, 2006).

2.7. Desmame

Compreende-se por desmame a introdução de qualquer alimento na dieta de uma criança, correspondendo o período de desmame ao período de tempo compreendido entre a introdução do alimento e o fim completo da amamentação. Segundo Ford (2002), o desmame com introdução de alimentos sólidos nunca deverá acontecer antes dos quatro meses que é o tempo necessário para que se dê o revestimento do tubo digestivo e a maturação dos rins do bebé, de modo a serem capazes de lidarem com os resíduos da digestão dos alimentos sólidos. O desmame precoce, pode resultar em danos no sistema digestivo, aumento de probabilidade de desenvolver problemas alérgicos, como asma, eczemas e rinite alérgica. O desmame precoce pode também conduzir ao excesso de peso no bebé e aumentar no futuro o risco de obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares.

Saber quando terminar a amamentação não é uma questão que tenha uma resposta certa. A WHO e a UNICEF (2003) recomendam a manutenção do leite materno com complemento de outros alimentos até aos dois anos, mas embora haja consenso sobre o



aleitamento exclusivo materno até aos 6 meses, a partir daí as opiniões dividem-se, embora afetadas mais por fatores de ordem sociocultural do que por benefícios ou desvantagens, variando muito sobre o tempo durante o qual se deve manter a alimentação complementar. Enquanto que certas etnias acham normal uma amamentação prolongada, outras defendem que pode causar traumas e dependências nas crianças. Segundo Cardoso (2006, p.51) existem “preconceitos (...) associados ao acto de amamentar em público, sobretudo se o amamentado já tiver um ano ou mais.”

Quando se inicia o desmame, o número de amamentações decrescem naturalmente e quando decrescem para duas ou três em cada vinte e quatro horas, a maioria dos nutrientes vêm dos alimentos complementares. A partir desse momento a interrupção definitiva da amamentação deve ser quando a mãe e o bebé estiverem prontos para o fazer, independentemente da idade da criança (Pryor, 1981).

A partir dos 6 meses de idade o leite materno não pode suprir as necessidades nutricionais da criança e devem começar a ser oferecidos outros alimentos. Segundo Rego (2006), devem ser oferecidos “alimentos com bom aporte energético e proteico, serem ricos em micronutrientes (particularmente ferro, zinco, cálcio, vitaminas A e C e folatos) sem contaminação (isentos de germes patogénicos, toxinas ou produtos químicos prejudiciais) sem muito sal ou condimentos e em quantidades apropriadas” (357).

Na introdução de novos alimentos devem ser evitados alguns alimentos considerados alergénicos, como o leite de vaca, o ovo, o amendoim, as nozes, o peixe e o mel, que, segundo Rego (2006), só devem ser oferecidos após ao 9 a 12 meses de idade. Assim, segundo as idades e por ordem crescente de alergenidade, devem ser dadas frutas, com exceção das laranjas e outros citrinos; vegetais, raízes e tubérculos; grãos, principalmente arroz ou aveia; e carnes, iniciando por carne de vaca magra e galinha.

2.8. Iniciativa Hospital Amigo da Criança

As maternidades e hospitais pediátricos são de extrema importância no estabelecimento de práticas corretas de amamentação e na promoção do aleitamento exclusivo até aos 6 meses. No século passado a publicidade aos leites infantis, a entrada da mulher no mercado de trabalho e a redução nos núcleos familiares tem prejudicado a amamentação e generalizado práticas inadequadas nos serviços de saúde, como a “separação mãe-filho após o



parto, o início tardio da sucção, o horário rígido das mamadas e uso indiscriminado de suplementos alimentares” (Rego, 2006, p.415).

Em 1990, a OMS e a UNICEF idealizaram a Iniciativa Hospital Amigo do Bebê que tem por objetivo a “mobilização de profissionais de saúde, funcionários de hospitais e maternidades para mudanças em rotinas e condutas visando prevenir o desmame precoce” (Lamounier, 1998, p.319) e “a proteção, promoção e o apoio à amamentação nas maternidades” (Rego 2006, p. 415) com resultados significativos a nível mundial.

Os Hospitais amigos da criança promovem um conjunto de medidas “Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno” que têm por objetivo informar as mães dos benefícios do leite materno, ajudar no início da amamentação, ter noções sobre lactação, informar sobre dificuldades e soluções e assistência continuada para que as mães mantenham a amamentação quando regressam a casa. Os dez passos são os seguintes: (1) Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço; (2) Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma; (3) Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação; (4) Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto; (5) Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos; (6) Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica; (7) Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia; (8) Encorajar a amamentação sob livre demanda; (9) Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas; (10) Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar (Rego, 2006; Lamounier, 1998).

Os hospitais para se tornarem Hospitais Amigos das Crianças devem ser submetidos a avaliações que têm por base o cumprimento dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno. Segundo Lamounier (1998, p.320), “para um estabelecimento de saúde receber a placa comemorativa de Hospital Amigo da Criança, é necessário que obtenha no mínimo 80% de aprovação dos critérios globais estabelecidos para cada um dos dez passos.”

Para estimular o aleitamento materno a WABA, idealizou a Semana Mundial do aleitamento materno que decorre de 1 a 7 de Agosto, com o objetivo de mobilizar a sociedade para “a disseminação de informações em âmbito mundial”. Todos os anos é escolhido um tema relevante relacionado com o aleitamento materno “ que ajuda a nortear as atividades de



sensibilização dos profissionais da área da saúde, população, órgãos governamentais, empresas, governos e demais setores da sociedade” (Rego, 2006, p.446)

Segundo dados da Direção Nacional de Saúde Pública da República de Angola (Angola. Ministério da Saúde, 2007), existem seis Hospitais Amigos da Criança que se encontram distribuídos pelas províncias de Luanda, Cabinda, Zaire, Kuanza Sul e Benguela que contribuem para dar a conhecer as vantagens da amamentação e procuram incentivar as mães a adotarem a amamentação materna exclusiva como uma opção consciente capaz de possibilitar o prazer e a autorrealização.

Segundo um estudo do Ministério da Saúde Brasileiro, a prática do aleitamento materno está muito longe de atingir os valores recomendados, situando-se em 2008 em 54,1 o tempo mediano do aleitamento materno exclusivo. Em 2010, estudos feitos em município brasileiros permitiu concluir que a “duração média do aleitamento exclusivo em crianças que nasceram em Hospitais amigos da Crianças foi de 60,2 dias, contra os 48,1 dias em crianças que não nasceram em Hospitais Amigos das crianças” (Brasil, Ministério da Saúde, 2011, p.3). O Ministério da Saúde brasileiro considera que a Iniciativa Hospitais Amigos das Crianças “promovem o aumento da frequência e da duração da amamentação e embora a maioria dos hospitais brasileiros, principalmente os privados, ainda não estejam credenciados, essa iniciativa tem contribuído para a melhoria da saúde e redução da mortalidade das crianças brasileiras” (Brasil, Ministério da Saúde, 2011, p. 19).

Em Portugal, segundo um estudo de Orfão (2012), feito entre Julho de 2010 e junho de 2011, a percentagem de mães que iniciaram aleitamento materno antes da alta foi de 98,5% não havendo diferença entre os Hospitais amigos das crianças e os outros Hospitais. Do nascimento até ao dia da alta 72,5% das mães amamentaram nos Hospitais Amigos das crianças enquanto que nos restantes hospitais a percentagem era de 65,2%. Através de continuação do estudo nos centros de saúde primários, verifica-se que as percentagens de aleitamento materno exclusivo vão diminuindo, sendo de referir que se verificam as seguintes prevalências de aleitamento materno exclusivo: 71,2%, à 5ª semana de vida; 46,4% aos dois meses de vida; 40,3% aos três meses; 26,9% aos quatro meses e 14,7% aos cinco meses de idade. Embora seja elevada a incidência de iniciação do aleitamento materno exclusivo, a prevalência diminui ao longo dos primeiros meses.



3. Material e Métodos

3.1 Problemática

Angola apresenta uma situação bastante preocupante, pois é um dos países com maior taxa de mortalidade infantil no mundo: em 2010 era de 114,9 mortes por cada 1000 nascimentos. O desmame precoce, a contaminação dos alimentos e da água potável e a desnutrição criam condições para aparecimento de diarreia aguda, umas das maiores causas de mortes de crianças com menos de um ano. Só 59,6% da população tem acesso ao saneamento básico e só 42% da população tem acesso a uma fonte de água melhorada. Por outro lado, um dos fatores que mais contribui para a elevada taxa de mortalidade infantil é o facto de só 49,4% dos partos serem assistidos por técnicos de saúde qualificados. Considerando que o número de técnicos de saúde no País é bastante reduzido, e que existem muitos locais onde é difícil aceder a um posto de saúde, há ainda muitas mulheres que não têm assistência durante o parto, aumentando-se com isso o risco de morte quer da criança, quer da própria mãe. (Portugal, INE, 2012).

Embora sejam evidentes e conhecidas as vantagens do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, em Angola só 11 % das crianças são amamentadas exclusivamente com leite materno até aos 5 meses de idade (UNICEF, 2013) embora 55% comecem a ser amamentados pela mãe uma hora após o nascimento.

O aleitamento materno exclusivo garante todos os nutrientes necessários ao desenvolvimento da criança durante os primeiros 6 meses, mas em muitas regiões de África, o parto ainda é um acontecimento marcado por práticas culturais ancestrais que podem prejudicar a saúde e sobrevivência dos recém-nascidos, além de pôr em perigo a vida das mães. Algumas dessas práticas incluem: (i) deitar fora o colostro; e (ii) alimentar os bebés com outros alimentos que não o leite materno, como chá, água açucarada e sumos.

Pelas razões acima aduzidas, é importante, pois, identificar e perceber as razões de existências destes costumes bem com outros fatores que desfavorecem o aleitamento materno exclusivo de modo a permitir a aplicação de estratégias que visem mudar estes e outros comportamentos nocivos à saúde.



3.2 Construção do Modelo de Análise

O aleitamento materno depende de vários fatores, fatores esses que podem influenciar positivamente ou negativamente a forma como as mães amamentam os seus filhos. Alguns fatores estão diretamente relacionados com a mãe, com a sua forma de ser, com aquilo em que acredita, com as suas crenças culturais; outros estão relacionados com as condições referentes ao nascimento das crianças, ao período pós-parto, e a outras condições que caracterizam o seu meio ambiente físico e social, como trabalho, família, clima, comunidade e habitação.

Em África, quase todos os bebés são amamentados com leite materno, mas não é prática comum o AME nem a amamentação precoce (AP). A amamentação precoce, é a amamentação feita dentro da primeira hora após o parto e não é norma em África.

Se bem que 96% dos bebés sejam amamentados, só 44% são colocados ao peito na primeira hora após o parto, de acordo com os dados do Inquérito Demográfico e de Saúde de 29 países africanos, citado por Lawn e Kerber (2006). As taxas variam entre cerca de 23% no Senegal e 81% na Namíbia. A amamentação exclusiva é uma prática ainda menos comum e com taxas muito baixas.

As razões para as baixas taxas de AME, são muitas e variam muito de país para país, sendo as razões comuns a falta de consciência acerca das vantagens das melhores práticas, a formação inadequada dos profissionais de saúde sobre essas melhores práticas e sobre perícia em aconselhamento, o acesso limitado das mães a esses profissionais, crenças e costumes locais, pressões comerciais e familiares, e ambientes de trabalho não favoráveis (Lawn & Kerber, 2006).

A realização de pesquisas que possam contribuir para identificar os fatores que favorecem estes erros de nutrição são de grande importância para orientar estratégias futuras e promover campanhas que vão de encontro aos problemas concretos de cada país ou região.

3.3 Desenho da Investigação

O Estudo seguiu uma abordagem quantitativa com metodologia de carácter observacional, transversal, descritivo e analítico.

Sendo um dos objetivos gerais deste estudo determinar as taxas de prevalência do aleitamento materno, optei por uma abordagem quantitativa que permita obter as frequências pretendidas e comparar com outras regiões de África e do Mundo. Considerando que o estudo



incide sobre a realidade do Município Sede da Província do Uíge, em Angola, optou-se por estudo transversal, que permite obter dados num único momento, no local onde as mães normalmente realizam as suas consultas de saúde materna, de forma rápida com resultados imediatos, o que se enquadra nas necessidades da investigadora, que não poderá deslocar-se à Província de Uíge, para realizar a recolha dos dados.

Interessa para a investigação determinar os fatores que poderão estar relacionados com o abandono do aleitamento materno exclusivo, sendo importante uma metodologia descritiva e analítica que possa de algum modo contribuir para a compreensão e prevenção do abandono precoce do aleitamento materno.

3.4 População e Amostra

A população em estudo são mães com filhos até um ano de idade e utilizadoras do centro de saúde materno-infantil do município do Uíge, província de Uíge em Angola. A Província do Uíge localiza-se no extremo norte do país, fazendo fronteira a norte e a leste, com a República Democrática do Congo, a sudoeste com a Província de Malanje, a sul com as províncias de Kwanza Norte e do Bengo e a oeste com a província do Zaire (Ver Anexo A).

Com solos bastante aráveis a província dedica-se essencialmente à atividade agrícola, sendo grande produtora de café, mandioca, amendoim, arroz, feijão, cacau e tabaco. As trocas comerciais da Província são feitas principalmente com o país vizinho República Democrática do Congo. A nível de saúde existem poucos estabelecimentos e profissionais de saúde, situação agravada pela existência de elevado número de pessoas infectadas por doenças como malária, doença do sono, doenças diarreicas agudas, anemias e sida (Angola, Governo Provincial do Uíge, 2012).

O Centro de Saúde Materno-Infantil do Município do Uíge localiza-se no bairro do Pedreira, é um centro de saúde público com atendimento integrado e sala de partos, e atende população de todo o município, nas consultas de acompanhamento de gravidez, partos, consulta de seguimento infantil, vacinação, consulta médica infantil, consulta de adultos e planeamento familiar.

O Município tem uma população de 317.494 indivíduos, dos quais 13.652 são mulheres com filhos até um ano, de entre as quais foi considerada uma amostra de conveniência de 418 mães utilizadoras do Centro de Saúde materno-infantil. Para estimar a



amostra considerou-se o nível de confiança de 95%, com uma margem de erro de 3% e prevalência de 11% de crianças amamentadas até aos cinco meses em Angola.

São considerados como critérios de inclusão: (i) Mães com filhos até um ano de idade, (ii) domínio do português falado. Estão excluídas todas as mulheres que não cumpram os critérios de inclusão.

3.5 Recolha e Tratamento de Dados

Os dados foram recolhidos através da aplicação de um inquérito por questionário (Ver Anexo B), sobre as vivências e as crenças das mães durante o aleitamento. O inquérito foi aplicado a 418 mães com filhos até um ano de idade, que compareceram no centro de saúde para consulta de seguimento infantil médica ou de enfermagem, que quiseram e puderam responder ao questionário. Antes de responderem ao inquérito, todas as mães foram devidamente informadas e esclarecidas sobre o estudo, no que diz respeito aos objetivos, metodologia e resultados esperados. Foi-lhes solicitado que dessem o seu acordo verbal de consentimento informado.

Como a maioria das perguntas do inquérito foram retiradas do Inquérito sobre nutrição em Angola de 2007, o questionário de pré-teste, como não apresentava dificuldades de resposta, foi incluído na amostra depois de verificado pelos colegas.

Os inquéritos foram realizados por oito estudantes do Ensino Superior, coordenados pelo licenciado em Ciências da Educação Paulo Eduardo, durante o período de Janeiro e Fevereiro de 2014, que se encontrava na Província de Uíge, para aplicar os questionários, através de entrevista. As perguntas foram colocadas oralmente às inquiridas e as respostas anotadas de modo que as hipóteses de resposta que fazem parte do questionário não influenciassem as respostas das inquiridas.

A aplicação dos inquéritos teve algumas dificuldades, que se relacionaram com o facto de terem sido aplicados em Angola sem a presença da investigadora e de ter sido necessário seleccionar e formar um grupo grande de pessoas para aplicarem os questionários e um coordenador para organizar o trabalho. Devido ao grande número de inquéritos, o trabalho de codificação das respostas, apuramento e tratamento informático e estatístico dos resultados revelou-se demorado.



O questionário aplicado (vd. respectiva versão no Anexo B) é composto por 27 perguntas, sobre: (i) parto (Q4 e Q5), (ii) aleitamento após o parto (da Q6 a Q9), (iii) aleitamento nos primeiros 6 meses (Q10 e Q13), (iv) aconselhamento sobre aleitamento (de Q14 a Q16) e (v) razões que levaram as mães a manter ou interromper o aleitamento materno exclusivo ou não (de Q17 a Q23).

O questionário não inclui questões sobre condições económicas das mães por não serem pertinentes para os objetivos estabelecidos. Foram incluídas unicamente (vi) três perguntas de caráter pessoal, sobre a idade da mãe (Q1), sobre a idade (Q2) e sobre sexo da criança (Q3) para ajudar a colocar no contexto certas questões do questionário; e (vii) quatro perguntas sobre contexto social da inquirida: local onde vive (Q24), com quem vive (Q25) e habilitações escolares (Q26 e Q27).

As variáveis dependentes coletadas no estudo são relacionadas com o aleitamento exclusivo e aleitamento nos primeiros 6 meses. As variáveis independentes estão relacionadas com o parto e aconselhamento (tipo de parto, local de nascimento da criança, aconselhamento sobre aleitamento); relacionadas com a mãe (idade da mãe, escolaridade da mãe, local onde reside); e relacionadas com a criança (idade e sexo).

Os dados obtidos através do questionário foram trabalhados no programa estatístico SPSS, registados em quadros, tabelas e gráficos e feita análise estatística através de tabelas de frequências, cálculo de percentagens e taxas de incidência. Foram realizadas tabelas de frequência para os fatores que justificam a escolha pelas mães: do aleitamento materno exclusivo, da interrupção do aleitamento materno exclusivo e das consequências indicadas para a alimentação com o colostro. Foram também calculadas percentagens de mães que amamentaram exclusivamente com leite materno até aos 4 e 6 meses e sempre que possível serão calculadas outras percentagens que tenham interesse para os objetivos da investigação. Foram realizadas associações através do teste de independência do qui quadrado com nível de significância de 5%, teste t-student e teste de Mann-Whitney.

Os intervalos de confiança são determinados com um grau de confiança de 95%. Os intervalos de confiança são um instrumento da inferência estatística, que permitem inferir sobre os intervalos de valores que se observam para a população, a partir de dados da amostra. Ao valor de 95% para o grau de confiança está associado um valor complementar de 5%, que é um valor de referência utilizado nas Ciências Sociais para testar hipóteses, significa que estabelecemos a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%.

Quando se pretende analisar uma variável quantitativa nas duas classes de uma variável qualitativa nominal dicotómica pode utilizar-se o teste paramétrico t de Student, por forma a verificar a significância das diferenças entre os valores médios observadas para ambos os grupos da variável nominal dicotómica. No entanto, para aplicar um teste estatístico paramétrico, é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que foi realizado com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors), que coloca a hipótese nula da variável seguir uma distribuição normal, pois para aplicar os testes estatísticos paramétricos é necessário verificar este pressuposto.

Nos casos em estudo, este pressuposto não se verifica e não se pode aplicar este teste paramétrico, pelo que este deve ser substituído pelo teste não paramétrico equivalente: o teste de Mann-Whitney, que coloca as seguintes hipóteses:

- o H0: Não existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis quantitativas, para cada um dos grupos da variável dicotómica.

- o H1: Existe diferença entre a distribuição de valores das variáveis quantitativas, para os grupos da variável dicotómica. O valor que importa analisar é o valor de prova. Quando este valor é inferior ao valor de referência de 5%, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, existem diferenças entre os dois grupos. Quando é superior ao valor de referência de 5%, aceita-se a hipótese nula.

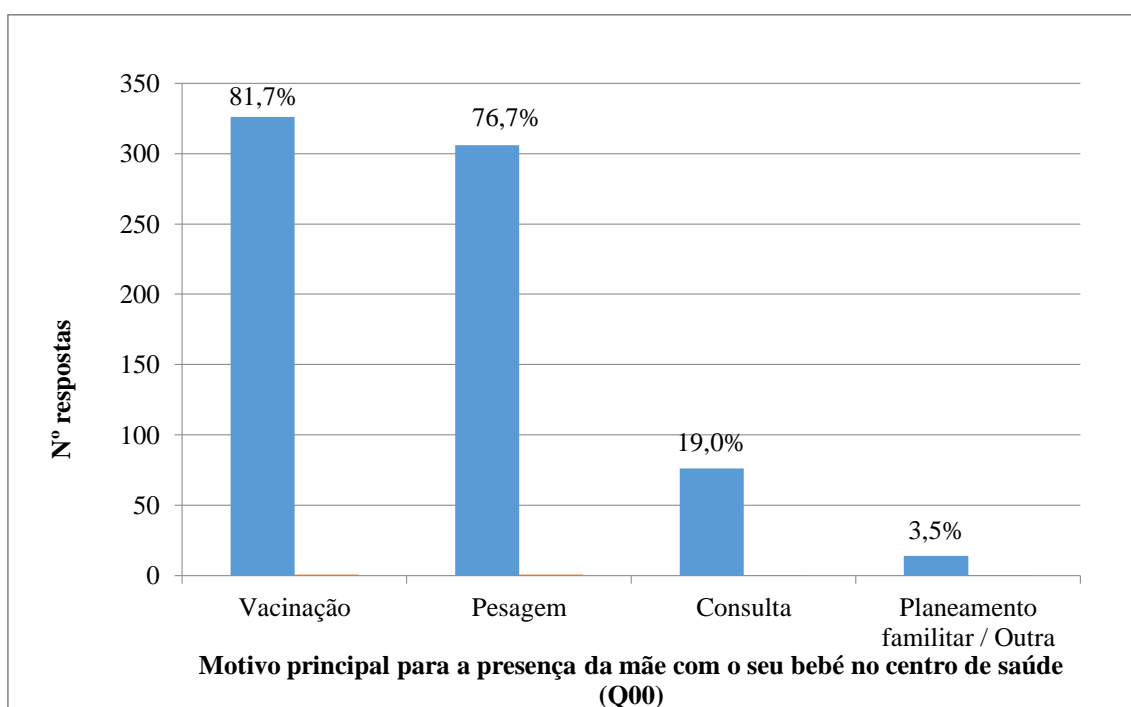
Foi feito com antecedência um pedido de autorização à chefe da repartição municipal do Uíge, com cópia ao centro de saúde materno infantil do Pedreira, na Província do Uíge, para que o questionário pudesse ser aplicado nas instalações do centro de saúde às mães que aguardam consulta de seguimento infantil, consulta médica ou de enfermagem (ver Anexo C).

4. Apresentação dos Resultados

4.1 Caracterização da amostra

Por razões logísticas só foi possível realizar 399 inquéritos, o que aumentou ligeiramente a margem de erro para 3,1%.

Gráfico 1 - Motivo principal para a presença, no centro de saúde, da mãe com o seu bebé (Q00) (n=399)



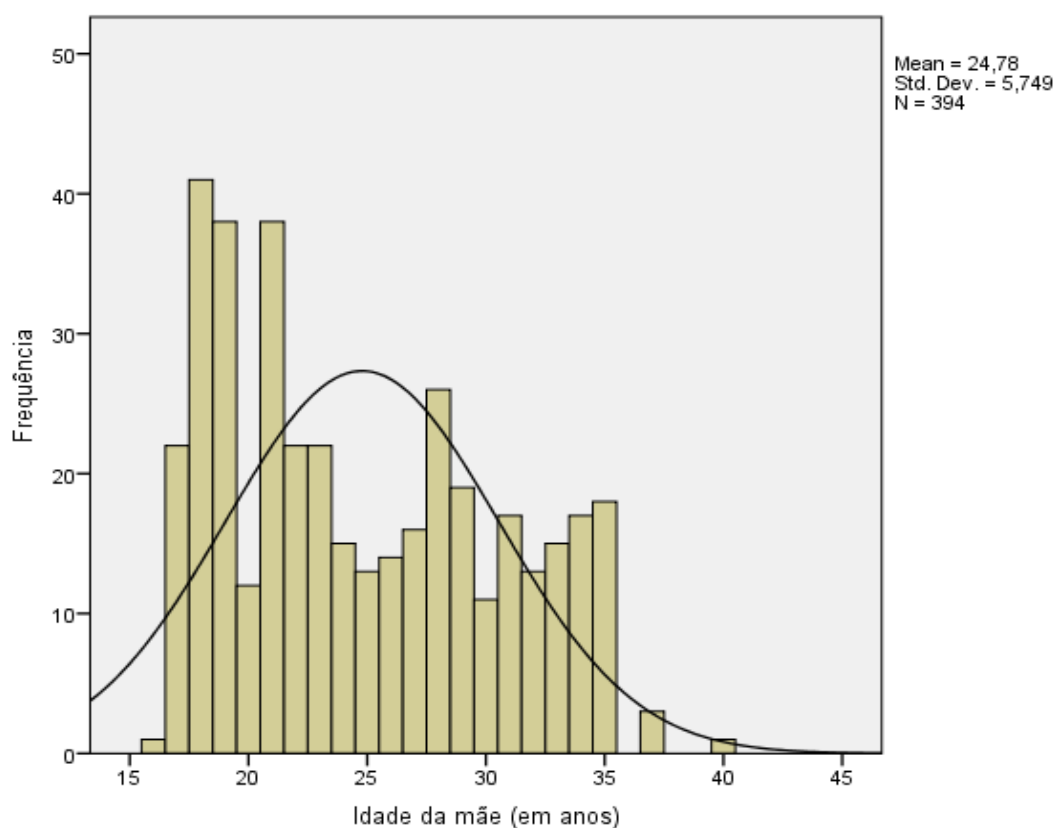
Na amostra, o motivo da ida ao centro de saúde é a vacinação para 81,7%, para 76,7% é a pesagem e para 19,0% o motivo é a consulta. São ainda referidos outros motivos, por 14 elementos da amostra: dos quais dez referem especificamente o “planeamento familiar”, um elemento refere “Consulta gravidez”, outro indica “Febre”, existindo ainda a resposta “Orfã logo? completar 1 mês”.

Tabela 2 – Idade da mãe: medidas da tendência central (Q01) (n=394)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Idade da mãe (em anos)	394	24,8	5,8	23%	16	40

Na amostra, a idade da mãe apresenta um valor médio de 24,8 anos, com uma dispersão de valores de 23%. Os valores mínimo e máximo são, respectivamente, 16 e 40 anos.

No histograma e diagrama tipo caixa seguintes, ilustra-se a distribuição de valores da idade da mãe.

Gráfico 2 – Idade da mãe: Histograma com curva normal (Q01) (n=394)


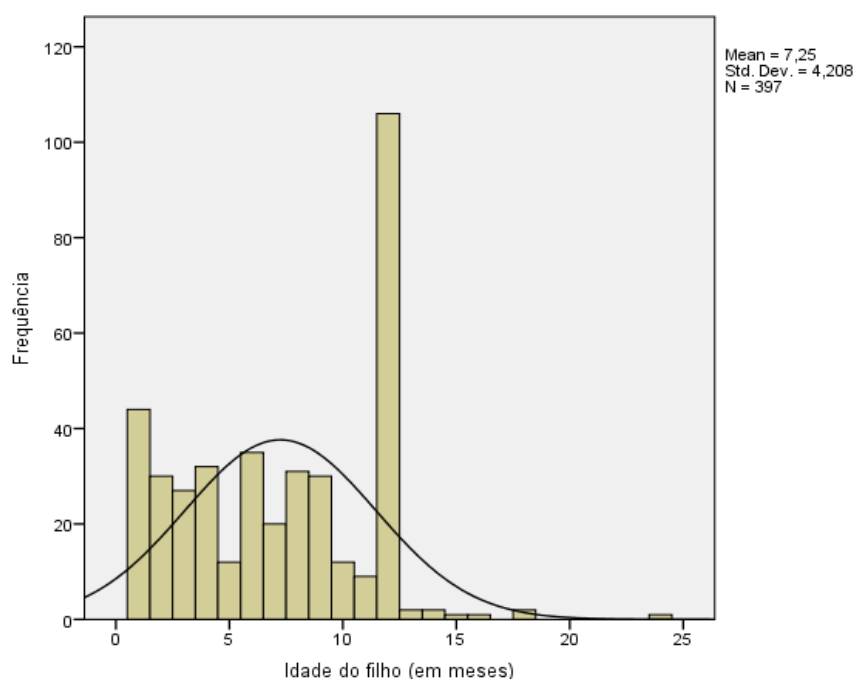
Pode observar-se que a distribuição de valores das idades da mãe se verifica principalmente entre os 18 e os 21 anos, embora as frequências sejam elevadas entre os 18 e os 35 anos. A distribuição não é normal, sendo enviesada à esquerda. É, portanto, uma população muito jovem.

Tabela 3 – Idade do filho (em meses) (Q01) (n=397)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Idade do filho (em meses)	397	7,25	4,21	58%	1	24

Na amostra, a idade da criança apresenta um valor médio de 7,25 meses, com uma dispersão de valores de 58%. Os valores mínimo e máximo são, respectivamente, 1 e 24 meses.

O respectivo histograma revela que a distribuição não é normal, dado o enviesamento à direita, resultando da presença de 106 crianças (26,5% do total) com 12 meses de idade.

Gráfico 3 – Idade da criança (em meses): Histograma com curva normal (Q02) (n=397)


Pode verificar-se que o valor mais observado é de 12 meses, para 27% da amostra. As restantes crianças têm idades sobretudo entre 1 mês e 9 meses.

Deu-se conta, tardiamente, que foram incluídas, por lapso, na amostra 9 mães com filhos, com mais de um ano (2,3%): 5 com 13 a 15 meses, 3 com 16 a 18 meses, e 1 com 24 meses (Tabela 3A).

Tabela 3A – Distribuição da idade da criança (em meses) (Q=1) (n=397)

Idade em meses	Frequência	%	% Acumulada
1	44	11,1	11,1
2	30	7,6	18,6
3	27	6,8	25,4
4	32	8,1	33,5
5	12	3,0	36,5
6	35	8,8	45,3
7	20	5,0	50,4
8	31	7,8	58,2
9	30	7,6	65,7
10	12	3,0	68,8
11	9	2,3	71,0
12	106	26,7	97,7
13 ou +	9	2,3	100,0
Total	397	100,0	

Tabela 4 - Sexo da Criança (Q03) (n=379)

Sexo da criança (Q03)	Frequência	%
Masculino	216	57,0
Feminino	163	43,0
Total	379	100,0

Na amostra, 57% das crianças são do sexo masculino e as restantes 43% são do sexo feminino. 5% do total não respondeu à Questão nº 3, ou então houve lapso do entrevistador que não registou a resposta.

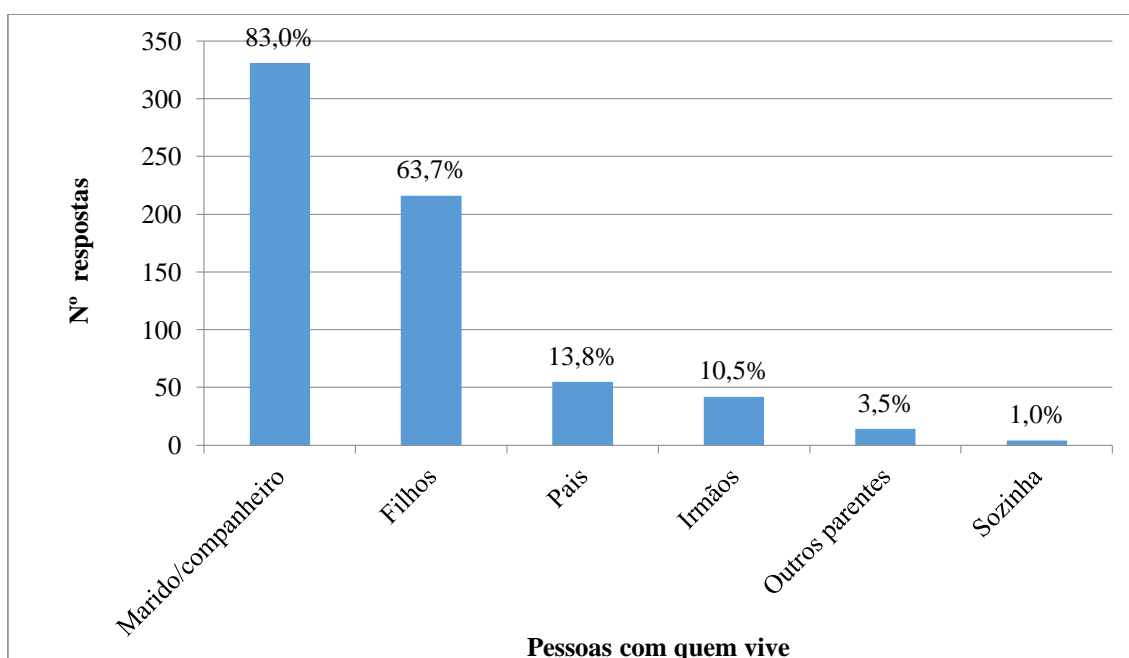
Tabela 5 – A mãe sabe ler e escrever (Q26) (n=382)

Sabe ler e escrever (Q26)	Frequência	%
Sim	343	89,8
Não	39	10,2
Total	382	100,0

Uma em cada 10 mães não sabe ler nem escrever (Tabela 5). Das que foram à escola (n=342), 4 em cada 10 tem 6 anos de escolaridade (ensino secundário, 1º ciclo) ou menos (ensino primário) (Tabela 6).

Tabela 6 – Nível de escolaridade da mãe (Q27) (n=342)

Nível de escolaridade (Q27)	Frequência	%	% Acumulada
Ensino primário	65	19,0	19,0
Ensino secundário 1º ciclo	72	21,1	40,1
Ensino secundário 2º ciclo	166	48,5	88,6
Ensino superior	39	11,4	100,0
Total	342	100,0	

Gráfico 4 – Pessoas com quem vive (Q25) (n=399)




Tal como noutras partes de África, a família ainda é extensa, as mães do Uíge ainda podem contar com uma rede de suporte familiar: 83% vivem com o marido/companheiro, em geral com os filhos (63,7%) mas também com outros familiares: pais, irmãos, etc. Só uma em cada 100 mulheres vive sozinha, com os filhos (Gráfico 4).

As mães incluídas neste estudo vivem, no Uíge e periferia. Não nos foi possível reagrupar as áreas de residência de acordo com uma tipologia de habitat (urbano, semiurbano e rural) ou em função da acessibilidade ao centro de saúde materno-infantil. De qualquer modo, há um número elevado de “missing values” (n=79) (Tabela 7).

O Centro de Saúde Materno Infantil do Pedreira, na altura em que se realizou o trabalho de campo (aplicação do questionário), funcionava como centro agregador do Centro de Saúde do Pedreira e do Centro de Saúde da Cidade, por este último estar a ser utilizado como maternidade durante o tempo de reabilitação da maternidade (provincial). Por esta razão as mães que frequentam o Centro de Saúde do Pedreira dispersam-se por vários bairros do município.

Tabela 7 – Área residencial da mãe (Uíge e arredores) (Q24) (n=320)

Área residencial do Uíge	Frequência	%
Bungo	6	1,9
Candombe Novo	3	,9
Candombe Velho	31	9,7
Zona 14	1	,3
Cemitério	8	2,5
Centro da Cidade	5	1,6
Dunga	36	11,3
Cacole	20	6,3
Caquiúia	10	3,1
Kigima	5	1,6
Kilala	12	3,8
Quiongua	1	,3
Kixicongo	9	2,8
Mbemba Ngango	30	9,4
Papelão	43	13,4
Papelão Zona 2	1	,3
Papelão Zona 3	11	3,4
Pedreira	27	8,4
Tange	4	1,3
Bem-Vindo	11	3,4
Casseche	3	,9
Culo	2	,6
Gai	1	,3
Katapa	5	1,6
Kimanga	1	,3
Piscina	9	2,8
Popular	24	7,5
Povo Mateus	1	,3
Total	320	100,0

4.2 Nascimento e Parto

Tabela 8 – Local onde decorreu o parto (Q04) (n=387)

Local (Q04)	Frequência	%	% Acumulada
Hospital provincial / Maternidade	303	78,3	78,3
Centro de saúde / Sala de partos	33	8,5	86,8
Posto de saúde / Emergência	3	,8	87,6
Casa da parteira tradicional c/formação	10	2,6	90,2
Casa da parteira tradicional s/formação	11	2,8	93,0
Casa da própria ou familiar	25	6,5	99,5
Outro	2	,5	100,0
Total	387	100,0	

Na amostra, em 78,3% dos casos o nascimento ocorreu no Hospital Provincial/ Maternidade. Vem em segundo lugar 8,5% ocorreu em Centro de Saúde/ Sala de Partos (8,5%) e em terceiro a casa da própria ou de familiar (6,5%). Em 5,4% dos casos, o nascimento teve lugar na casa da parteira tradicional sem formação (2,8%), ou na casa da parteira tradicional com formação (2,6%) (Tabela 8).

Tabela 9 – Parto assistido (Q04) (n=385)

Parto assistido (Q04)	Frequência	%
Sim	339	87,6
Não	48	12,4
Total	387	100,0

Podemos deduzir das respostas que 87,6% dos partos foram assistidos, isto é, em princípio realizaram-se num serviço de saúde (Tabela 9).

4.3 Aleitamento e Amamentação

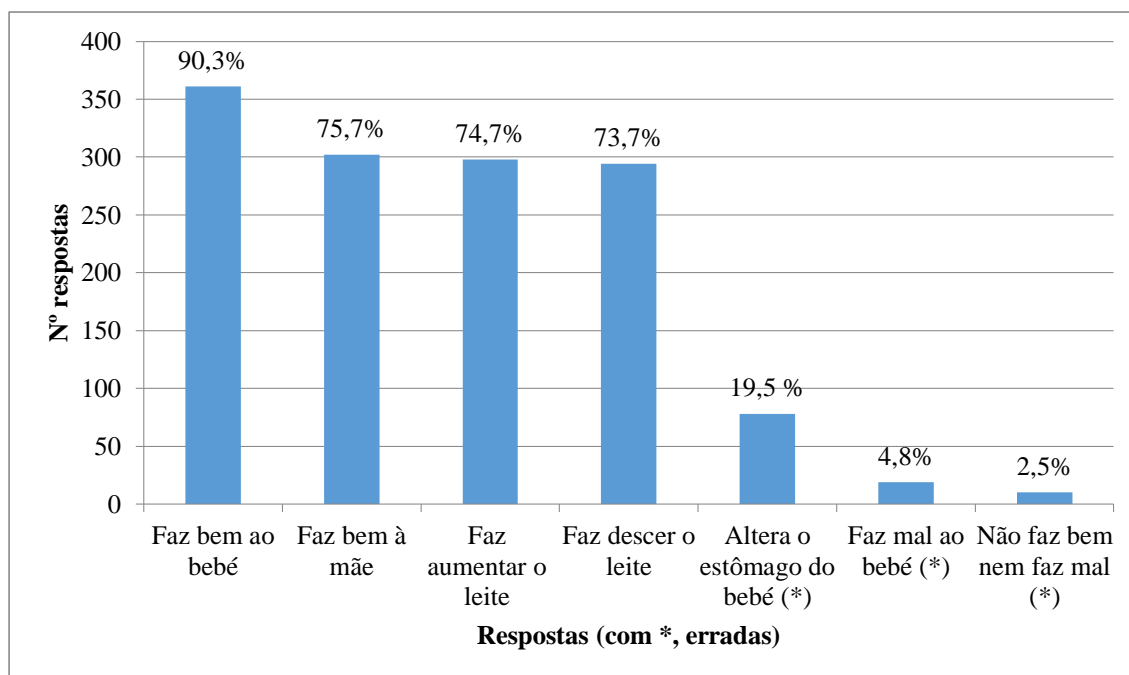
Num total de 388 respostas válidas, apurou-se que um em cada cinco bebês não foi alimentado ao peito logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) (Tabela 10).

Tabela 10 – Bebê alimentado ao peito, ao nascer (menos de 1 hora) (Q06/Q07) (n=388)

Bebê alimentado ao peito, ao nascer (Q06/Q07)	Frequência	%
Não	77	19,8
Sim	311	81,2
Total	388	100,0

De acordo com a nossa amostra, 81,2% das crianças foram alimentadas ao peito em menos de 24 horas, os restantes 19,2% foram alimentadas em mais de 24 horas.

Num total de 381 respostas válidas, um terço das mães não soube dar duas ou mais respostas certas, sem errar nenhuma, relativamente à matéria da pergunta Q08 (“O que acontece quando uma mãe alimenta o seu filho com o primeiro leite do peito?”). Algumas hipóteses de resposta eram intencionalmente erradas: (i) “altera o estomago do bebé”; (ii) “não faz bem nem mal ao bebé”; (iii) “faz mal ao bebé” (Gráfico 5 e Tabela 11).

Gráfico 5 – Conhecimentos das mães sobre o primeiro leite do peito (Q08) (n=399)

Tabela 11 – Duas ou mais respostas certas, e nenhuma errada, à Q08 (n=381)

Duas respostas certas e nenhuma errada (Q08)	Frequência	%
Sim	250	65,6
Não	131	34,4
Total	381	100,0

Mais de 90% das mães inquiridas são de opinião que o primeiro leite “faz bem ao bebê”, mas também à mãe (76%), “faz aumentar o leite” (75%) e “faz descer o leite” (74%). Uma em cada cinco ainda partilha a crença de que o primeiro leite “altera o estômago do bebê”, e inclusive faz mal “faz mal ao bebê” (5%) (Gráfico 5).

Tabela 12 - Alimentação do bebê só com leite materno na 1ª semana (Q9) (n=384)

Alimentação só com leite materno na 1ª semana (Q9)	Frequência	%
Sim	362	94,3
Não	22	5,7
Total	384	100,0

Nos poucos casos (n=22) em que a alimentação do bebê não é feita só e exclusivamente pelo leite materno (Tabela 12) é de destacar a combinação do leite materno com o leite artificial (n=14). Apenas duas mães usaram só o leite artificial.

Tabela 13 – Criança só alimentada com leite materno, nos primeiros 6 meses (Q10) (n=296)

Alimentação só com leite materno nos 6 primeiros meses de vida (Q10)	Frequência	%
Sim	158	53,4
Não	138	46,6
Total	296	100,0

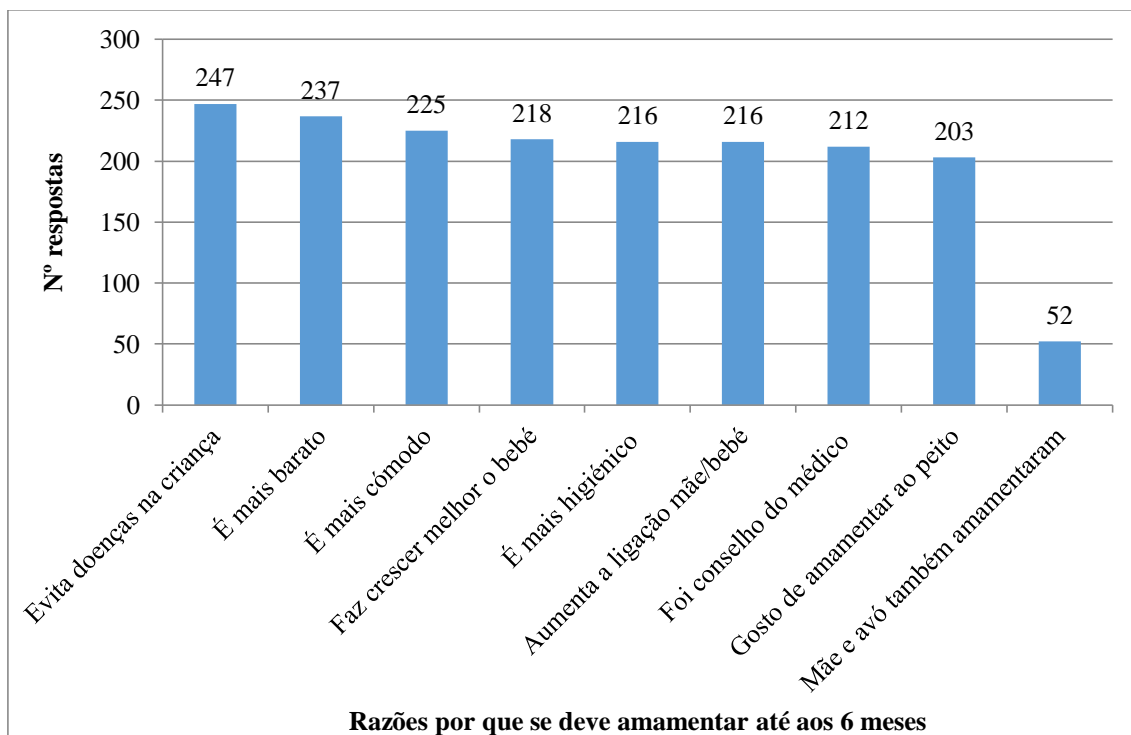
A proporção de crianças que continuam, até aos primeiros 6 meses de vida, a ser alimentadas exclusivamente com leite materno baixa significativamente para menos de metade (relativamente à 1ª semana). Tendo em conta um número muito elevado de “missing values” (n=103), a proporção de mães que continuam a dar apenas leite materno aos seus filhos é agora de 53% (Tabela 13).

Tabela 14 – Tipo de alimentação da criança ao fim dos 6 primeiros meses de vida (Q10) (n=296)

Tipo de alimentação ao fim de 6 meses (Q10)	Frequência	%
Só com leite materno (sem mais nada, nem sequer água)	158	53,4
Leite materno e leite artificial [biberão]	49	16,6
Só com leite artificial	8	2,7
Outro	81	27,4
Total	296	100,0

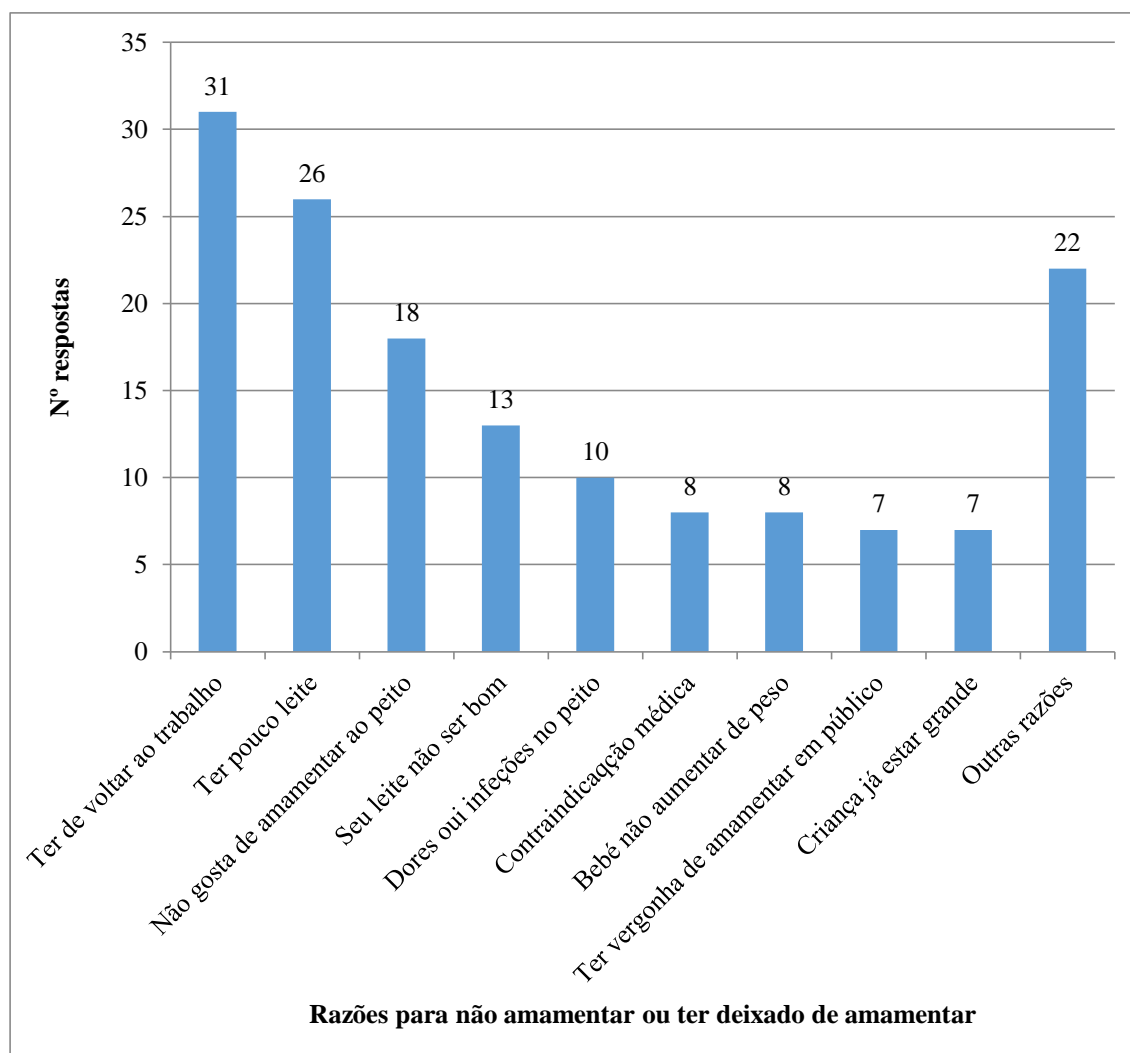
Os “outros alimentos” incluem diversas combinações, tais como: (i) leite materno com água; (ii) leite materno, leite artificial e água; (iii) leite materno e papa(s): de arroz, de abacate, de banana; (iv) leite materno, papas e iogurte; mas também (v) *funge* (acompanhamento culinário típico do país, confeccionado com farinha de milho ou de mandioca).

Gráfico 6 – Razões por que se deve alimentar o bebé, até aos 6 meses de vida, só com leite materno (Q12)
(n=399)



Na amostra (Gráfico 6), cerca de 62% das mães assinalam que “o leite materno evita doenças na criança”, 59% apontam que “o leite materno é mais barato”, 56% respondem que “amamentar com leite materno é mais cómodo”, 55% acham que “o bebé cresce melhor”, e 54% consideram que “amamentar com leite materno é mais higiénico”, Igual proporção (54%) responde que “aumenta a ligação entre a mãe e o bebé”. Noutros casos, o conselho médico tem peso (53%). Outras mães, pura e simplesmente, dizem que “gostam de amamentar ao peito” (51%). Só uma percentagem reduzida (13,%) toma como referência explícita o exemplo da mãe e das avós“. (“A minha mãe e a minha avó também amamentaram ao peito os seus filhos”).

Gráfico 7 – Razões para não amamentar ou ter deixado de amamentar durante os primeiros 6 meses (Q13) (n=138)



Quanto às razões que levaram a mãe a (i) nunca fazer aleitamento materno exclusivo ou a (ii) interromper o aleitamento materno exclusivo (só leite do peito) antes dos 6 meses de vida da criança, as três principais razões invocadas são “ter de voltar ao trabalho (n=31), ter pouco leite (n=26) e não gostar de amamentar ao peito (n=18) (Gráfico 7). Nas “outras razões” incluem-se, por exemplo, o facto de o bebé chorar muito (n=9) ou de a mãe sentir-se muito cansada (n=3).

Tabela 15 - Teve aconselhamento, antes e/ou depois do parto, sobre aleitamento, por parte da equipa de saúde (Q14/Q15) (n=382)

Aconselhamento sobre amamentação (Q14/Q15)	Frequência	%
Sim	368	96,3
Não	14	3,7
Total	382	100,0

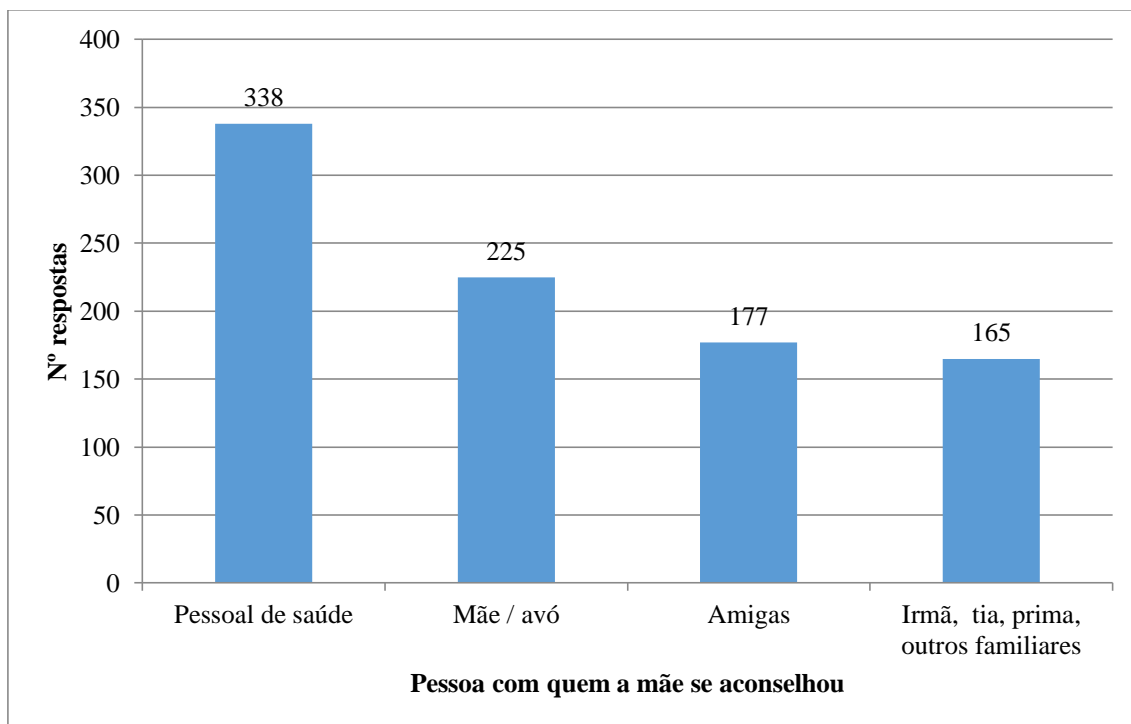
A grande maioria (96%) teve aconselhamento sobre aleitamento, por parte da equipa de saúde, durante a gravidez e/ou após o parto (Tabela 15).

Tabela 16 - Pessoal médico e de enfermagem *versus* leigo com quem a mãe se aconselhou sobre amamentação? (Q15) (n=371)

Aconselhamento por profissional de saúde (Q15)	Frequência	%
Sim	338	91,1
Não	33	8,9
Total	371	100,0

Para um total de respostas válidas de 371, mais de 90% assinala que foi com a equipa de saúde (pessoal médico e de enfermagem) que se aconselhou sobre aleitamento, antes ou depois do parto (Tabela 16). Mas também recorreram, as mães inquiridas, à experiência de mãe/avó, irmã, tia, prima e outras mulheres familiares, bem como de amigas.

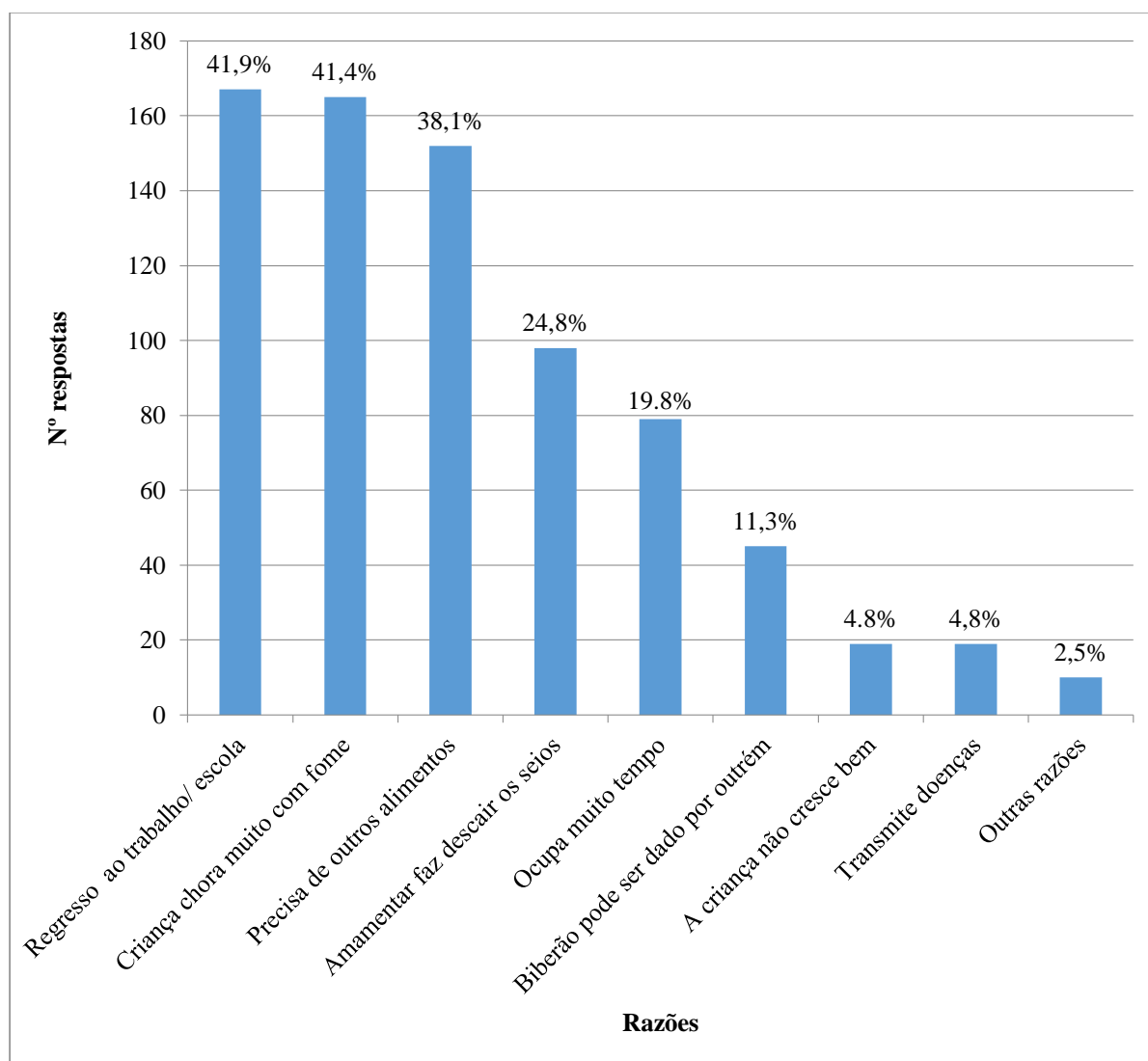
Gráfico 8 – Pessoa com quem as mães se aconselham sobre amamentação durante a gravidez e/ou após o parto (Q16) (n=371)



De acordo com o Gráfico 8, e para o total da amostra (n=399), o “pessoal médico e de enfermagem” é, de longe, o mais referido pelas mães no que diz respeito ao aconselhamento (85.7%), seguido da “mãe/avó” (56.4%), das “amigas” (e 44,4%) e de outras mulheres familiares (irmã, tia, prima, etc.) (41,4%). Só 4 inquiridas responderam respondem “Não sei / Não me recordo” e só duas disseram “não se terem aconselhado com ninguém”. Relativamente a outras opções foram dadas as seguintes respostas: (i) cinco elementos indicam o “esposo/ marido”, (ii) quatro elementos referem o “centro de aconselhamento materno infantil”; (iii) dois elementos indicaram a “parteira”; e, por fim (iv) também há duas referências à “sogra” e à “televisão, rádio”, respetivamente.

As mães do Uíge também eram inquiridas sobre as razões por que as jovens mães angolanas não amamentam ou deixam de amamentar muito cedo, ou seja, antes de um ano (Q17).

Gráfico 9 – Percepção das razões que levam as jovens mães angolanas a não amamentar ou a deixar de amamentar muito cedo (Q17) (n=399)



Na opinião das nossas inquiridas (Gráfico 9), a principal razão por que as jovens não amamentam ou deixam de amamentar cedo teria a ver com a necessidade “voltar ao trabalho / escola” (41,9%). Uma proporção semelhante (41,4%) responde que “a criança chora muito com fome”. Uma terceira razão (38,1%) tem a ver com a crença de que “a criança precisa de outros alimentos, o leite não chega”. Além disso, “amamentar faz descair os seios” (24,8%) e “ocupa muito tempo” (19,8%). Há ainda outras razões reportadas: “a alimentação artificial [biberão] pode ser feita por qualquer pessoa” (11,3%); “a criança não cresce bem” (4,6%); e “amamentar transmite doenças” (4,8%).

Há ainda a percentagem residual (2,5%) de “outras razões; “conceber antes do tempo adequado”; “depende, quando alcança cedo”; “falta de amor por parte de algumas mães”; “impede o tempo do passeio”; “não tenho marido”; “por falta de boa-fé e vontade”; “por razões pessoais”; “por terem alcançado a gravidez antes de tempo”; “tempo da dança” e “tempo da discoteca”.

Em média, as mães inquiridas deixam o aleitamento materno exclusivo por volta dos cinco meses (Mediana: 5; moda, 4,5) (Tabelas 17 e 18).

Tabela 17 - Idade (em meses) em que a mãe deu ao seu bebé alimentação sólida pela primeira vez (Q18)

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Com que idade [meses] deu ao seu bebé, alimentação sólida pela primeira vez?	190	5,35	1,56	29%	1	10

Tabela 18 – A idade, em meses, com que a mãe deu ao seu bebé, alimentação sólida pela primeira vez (por exemplo papas de cereais, papas de fuba de milho e de bombó, funge, sopas ou fruta)? (Q19) (n=190)

Mês	Frequência	%	% Acumulada
1	1	,5	,5
3	11	5,8	6,3
4	67	35,3	41,6
5	24	12,6	54,2
6	30	15,8	70,0
7	48	25,3	95,3
8	4	2,1	97,4
9	3	1,6	98,9
10	2	1,1	100,0
Total	190	100,0	

Para um total de 190 respostas válidas, a idade com que a mãe do Uíge deu ao seu bebé alimentação sólida pela primeira vez apresenta um valor médio de 5,35 meses, com uma dispersão de valores de 29%. Os valores mínimo e máximo são, respetivamente, 1 e 10 meses. A distribuição é enviesada à esquerda (Gráfico 10).

Gráfico 10 – A idade (em meses) em que o bebé passou a ingerir alimentos sólidos: histograma com curva normal (Q19) (n=190).

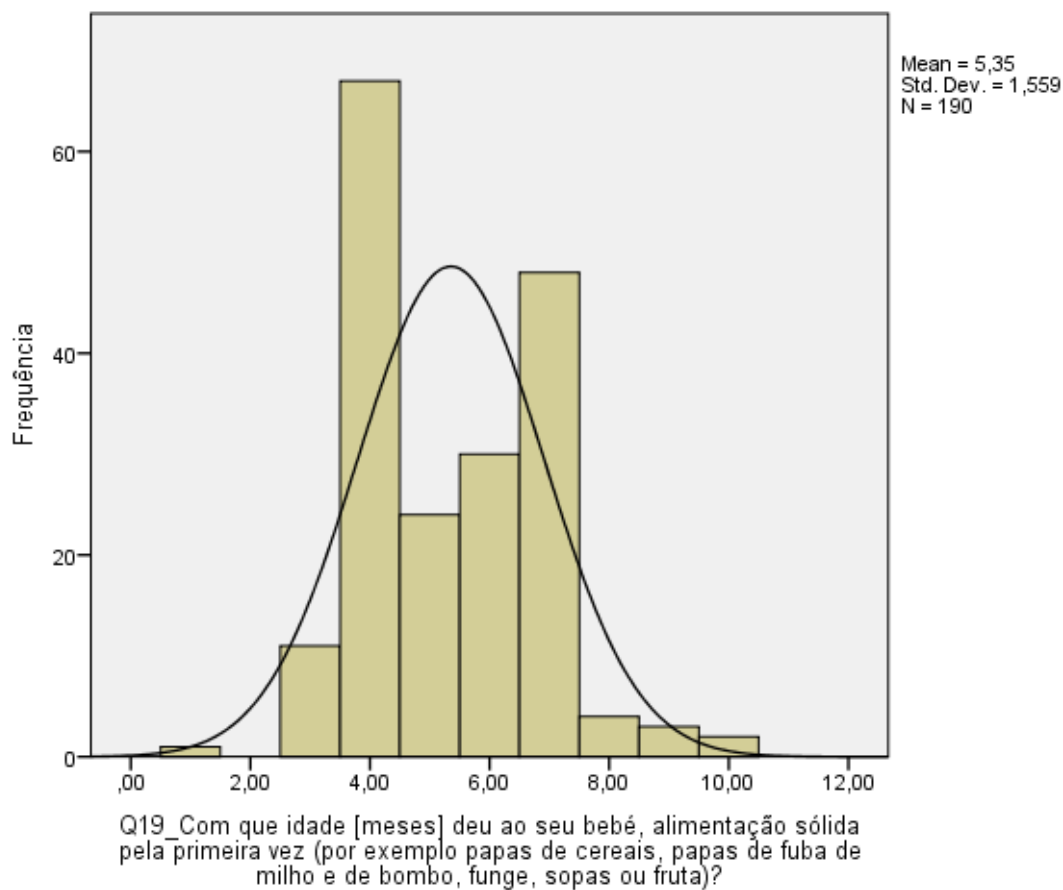
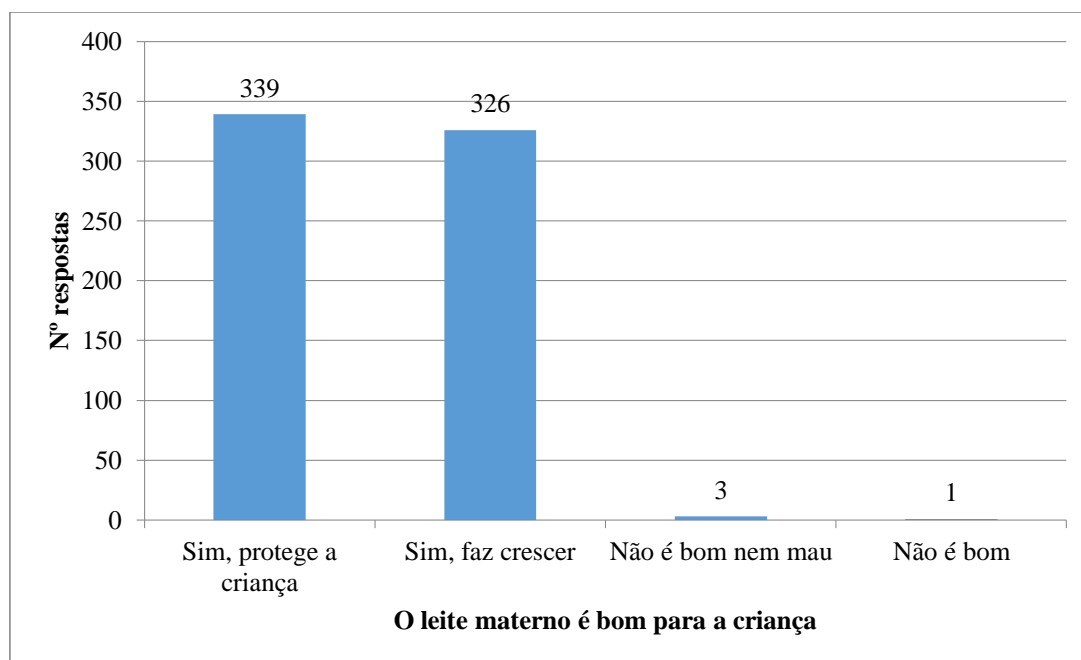


Gráfico 11 – O leite materno é bom para a criança (Q20) (n=399)

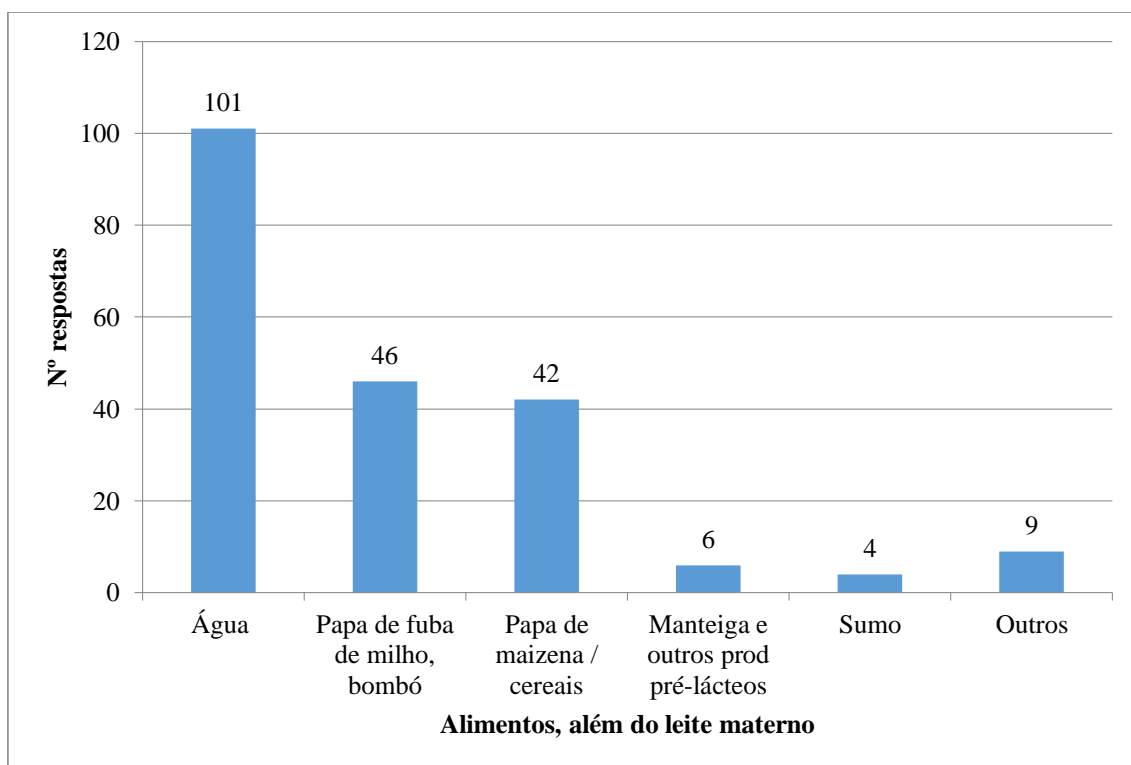


Na sua esmagadora maioria as mães inquiridas têm uma opinião favorável sobre a importância do leite materno na alimentação da criança: protege-a das doenças e fá-la crescer (Gráfico 11).

Tabela 19 – A criança tomou outros alimentos, além do leite materno, antes dos 4 meses (Q21) (n=306)

Tomou outros alimentos antes dos 4 meses (Q21)	Frequência	%
Não	195	63,7
Sim	111	36,3
Total	306	100,0

Gráfico 12 - Outros alimentos, além do leite materno, dados à criança antes dos 4 meses (Q21) (n=399)



Cerca de um terço das mães da nossa amostra deu, antes dos 4 meses, outros alimentos ao bebé, em especial água mas também papa de fuba de milho e papa de maizena / cereais (Tabela 19 e Gráfico 12).

A grande maioria das mães também uma atitude muito favorável em relação à amamentação: para cerca de 98 % da amostra é “muito bom” ou “bom” (Tabela 20).

Tabela 20 – Atitude da mãe relativamente ao dar de mamar ao bebé (Q23) (n=376)

Opinião em relação ao dar de mamar (Q23)	Frequência	%
Muito bom	319	84,8
Bom	51	13,6
Nem bom nem mau	6	1,6
Total	376	100,0



5. Discussão dos resultados

5.1 Limitações do estudo, face aos objetivos definidos

Considerando que os principais objetivos definidos para este estudo foi (1) Identificar os fatores que influenciam aleitamento materno, por parte das mães e (2) Determinar a percentagem de mães que: (i) abandonam o AME antes de os filhos atingirem os 6 meses de idade e que (ii) mantêm, após os 6 meses, o aleitamento materno exclusivo, predominante e complementar, podemos apresentar como principal conclusão que a percentagem de mães que abandonaram o aleitamento materno exclusivo antes de os filhos atingirem os 6 meses de idade é de 24,6%, sendo que a percentagem de mães que mantêm o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses é de 53,4%.

De acordo com a revisão de literatura, em 2007, a percentagem de AME, aos 6 meses era de 31,1% para a média nacional e de 37% para a província de Uíge (Direção Nacional de Saúde Pública do Governo de Angola, 2007, p. 35-36). Havia, no entanto, províncias com valores muito mais baixos, como a Província do Zaire (10,2%), a Província do Moxico (10,4%) e a Província de Luanda Sul (10,5%). Existiam igualmente diferenças nas taxas de AME nas áreas urbanas (43,9%) e nas áreas rurais (24,1%). O relatório comparava os valores da taxa de AME de 2001 (14%) com os valores de 2007, justificando-se assim a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Os dados de 2013 da Unicef apontavam para 11% de amamentação exclusiva aos 5 meses, indicando um retrocesso na adoção da amamentação exclusiva, quando comparados com os dados de 2007 da Direção Nacional de Saúde Pública do Governo de Angola. No entanto, os valores obtidos neste estudo são bastante superiores aos indicados pela UNICEF (2013) e superiores também aos indicados pelo Relatório do Inquérito sobre Nutrição 2007, (Angola. Ministério da Saúde, 2007, p.34).

As limitações principais ao estudo prendem-se com a impossibilidade de fazer extrapolações dos resultados tanto para a província como para o território nacional. A nossa amostra é de conveniência, contemplando mães com filhos até um ano de idade, utilizadoras do centro de saúde materno-infantil do município do Uíge, província de Uíge em Angola (N=418). Não nos foi possível tratar, com rigor, a informação relativa à área de residência. A grande maioria da população inquirida vive em área urbana ou periférica.

Recorde-se mais uma vez, as seguintes limitações que o estudo: (i) o trabalho de campo, no município do Uíge, não foi feito diretamente pela autora; (ii) a orientação e supervisão foram feitas à distância; (iii) houve necessidade de realizar múltiplas sessões para formar e treinar os entrevistadores (voluntários); (iv) qualidade (variável) dos dados, com muitos “missing values”; (v) Tamanho da amostra; e (vi) morosidade e dificuldades no tratamento informático e estatístico.

5.2 Resposta aos objetivos de investigação

5.2.1 Determinar as percentagens de mães que abandonam o aleitamento materno antes de os filhos atingirem os 6 meses de idade

De acordo com as respostas dadas à questão Q10 (“Nos primeiros 6 meses de vida, como foi alimentado o seu filho?”), conjugando também as outras respostas, obtém-se a seguinte tabela (Vd. Tabelas 13 e 14):

Tabela 21 - Q10 (Nos primeiros 6 meses de vida, como foi alimentado o seu filho?)

Tipo de alimentação ao fim de 6 meses (Q10)	Frequência	%
Só com leite materno (sem mais nada, nem sequer água)	158	53,4
Leite materno e leite artificial [biberão]	49	16,6
Só com leite artificial	8	2,7
Outro	81	27,4
Total	296	100,0

Verificam-se 103 não respostas.

Apresentam-se os intervalos de confiança para as respostas obtidas.

Tabela 22 - Intervalos de confiança a 95% para Q10 (Nos primeiros 6 meses de vida, como foi alimentado o seu filho?)

	Média	IC a 95%	
		LI	LS
Só com leite materno	53%	48%	59%
Leite materno e outros	22%	17%	27%
Só com leite artificial	3%	1%	5%
Outro	22%	17%	27%

Nos primeiros 6 meses, a percentagem de respostas “Só leite materno” é de 53,4%, sendo o intervalo de confiança [48%, 59%], a percentagem de respostas “Leite materno e outros” é de 22,0%, sendo o intervalo de confiança [17%, 27%], a percentagem de respostas “Só com leite artificial” é de 2,7%, sendo o intervalo de confiança [1%, 5%], a percentagem de respostas “Outro” é de 22,0%, sendo o intervalo de confiança [17%, 27%].

Para determinar a percentagem de mães que abandonam o aleitamento materno antes de os filhos atingirem os 6 meses de idade, calculam-se os seguintes resultados:

Tabela 23 - Intervalos de confiança a 95% para Q10 (Nos primeiros 6 meses de vida, como foi alimentado o seu filho?)

	Média	IC a 95%	
		LI	LS
Só com leite materno/ Leite materno e outros	75%	70%	80%
Só com leite artificial/ Outro	25%	20%	30%

Nos primeiros 6 meses, a percentagem de respostas “Só leite materno/Leite materno e outros” é de 75,4%, sendo o intervalo de confiança [70%, 80%], a percentagem de respostas “Só com leite artificial/ Outro” é de 24,6%, sendo o intervalo de confiança [20%, 30%].

Podemos concluir que a percentagem de mães que abandonam o aleitamento materno antes de os filhos atingirem os 6 meses de idade é inferior a 30%.

A percentagem de mães que abandonaram o aleitamento materno exclusivo antes de os filhos atingirem os 6 meses de idade é de 24,6%, sendo a percentagem de mães que mantêm o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses é de 53,4%. Estes valores são bastante



superiores aos indicados pelo Relatório do Inquérito sobre Nutrição 2007 (Angola. Ministério da Saúde, 2007, p.34), que indicava o valor de 37% para a taxa de amamentação exclusiva aos 6 meses e também são superiores aos 11% de amamentação materna exclusiva aos 5 meses indicados pela UNICEF (2013).

5.2.2 Identificar os fatores que justificam o abandono precoce do aleitamento materno, por parte das mães

(i) Na primeira semana

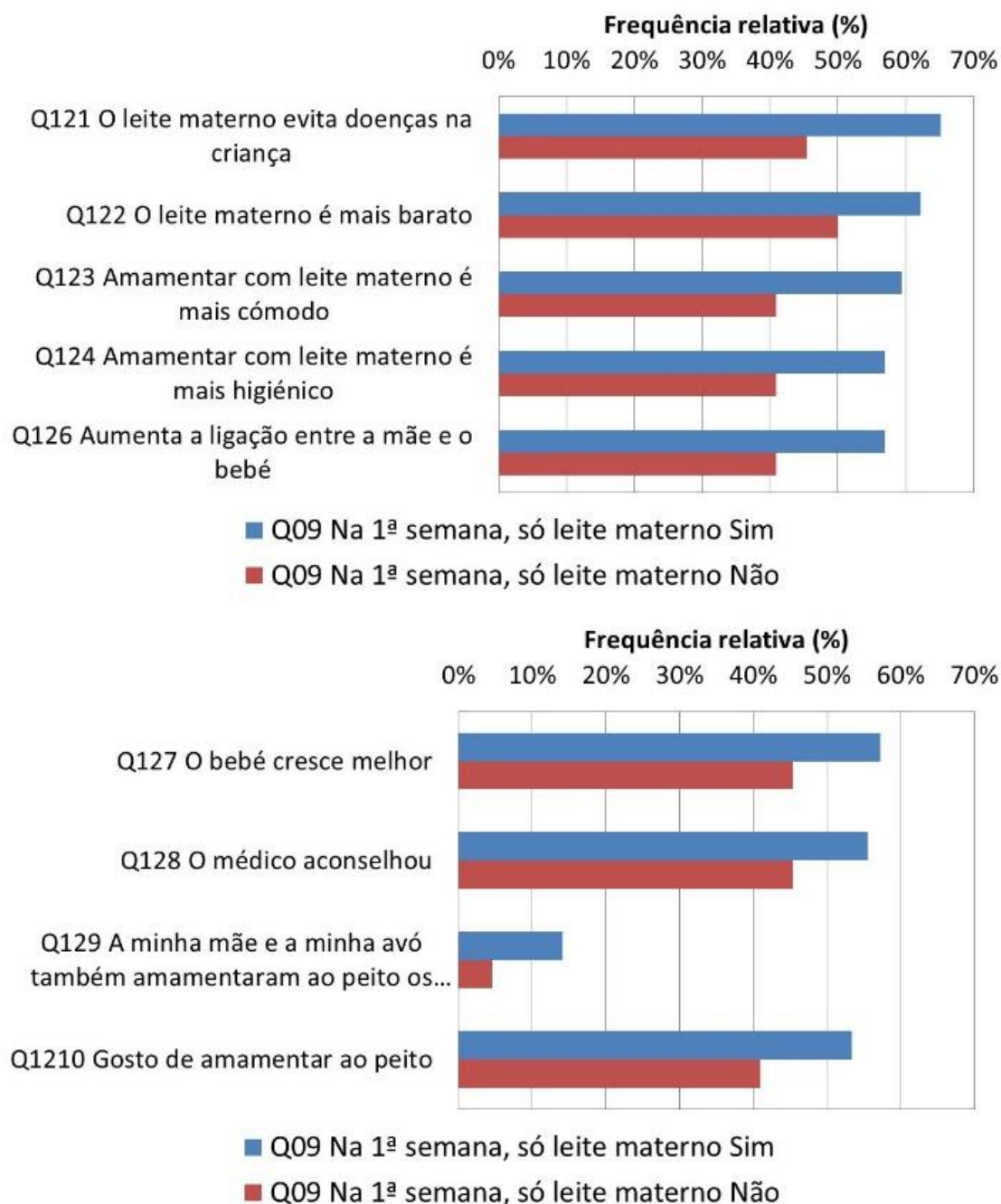
Na amostra, a percentagem que deu apenas leite materno na primeira semana é superior para os que tiveram aconselhamento, antes e/ou depois do parto, sobre aleitamento, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p > 0,05$). Portanto, o aconselhamento sobre amamentação, com pessoal médico e de enfermagem, não influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno na primeira semana.

Tabela 24 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q12 (“Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?”) e Q09 (“Na 1ª semana, só leite materno”)

	Q09 Na 1ª semana, só leite materno	N	Média	Desvio padrão	Teste U Mann-Whitney	p
Q121 O leite materno evita doenças na criança	Sim	362	65,2%	47,7%	3196	0,061
	Não	22	45,5%	51,0%		
Q122 O leite materno é mais barato	Sim	362	62,2%	48,6%	3498	0,256
	Não	22	50,0%	51,2%		
Q123 Amamentar com leite materno é mais cómodo	Sim	362	59,4%	49,2%	3246	0,088
	Não	22	40,9%	50,3%		
Q124 Amamentar com leite materno é mais higiénico	Sim	362	56,9%	49,6%	3345	0,143
	Não	22	40,9%	50,3%		
Q126 Aumenta a ligação entre a mãe e o bebé	Sim	362	56,9%	49,6%	3345	0,143
	Não	22	40,9%	50,3%		
Q127 O bebé cresce melhor	Sim	362	57,2%	49,5%	3515	0,282
	Não	22	45,5%	51,0%		
Q128 O médico aconselhou	Sim	362	55,5%	49,8%	3581	0,357
	Não	22	45,5%	51,0%		
Q129 A mãe e a avó também amamentaram ao peito os seus filhos	Sim	362	14,1%	34,8%	3602	0,205
	Não	22	4,5%	21,3%		
Q1210 Gosto de amamentar ao peito	Sim	362	53,3%	50,0%	3488	0,258
	Não	22	40,9%	50,3%		

O valor de prova é superior a 5% para todas as opiniões, não se rejeita H_0 : considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Gráfico 13 - Relações entre Q12 "Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?" e Q09 ("Na 1ª semana, só leite materno")



Na amostra, a percentagem que responde afirmativamente a cada uma das opiniões é superior para quem deu apenas leite materno na primeira semana, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. Portanto, a opinião como mãe sobre porque é que se deve dar só leite materno à criança, até aos 6 meses, não influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno na primeira semana.

Tabela 25 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q13 (“Indique quais as razões que a levaram a nunca fazer aleitamento materno exclusivo ou a interromper o aleitamento materno exclusivo”) e Q09 (“Na 1ª semana, só leite materno”)

	Q09 Na 1ª semana, só leite materno	N	Média	Desvio padrão	Teste U Mann-Whitney	p
Q131 Não gosto de amamentar ao peito	Sim	362	3,6%	18,6%	3220	** 0,000
	Não	22	22,7%	42,9%		
Q132 Transmite doenças da mãe para os filhos	Sim	362	0,3%	5,3%	3812	** 0,007
	Não	22	4,5%	21,3%		
Q133 Tinha pouco leite	Sim	362	6,1%	23,9%	3500	* 0,028
	Não	22	18,2%	39,5%		
Q134 O bebê não pegou à mama	Sim	362	0,3%	5,3%	3812	** 0,007
	Não	22	4,5%	21,3%		
Q135 Tinha vergonha de alimentar em público	Sim	362	1,7%	12,8%	3867	0,326
	Não	22	4,5%	21,3%		
Q136 Tive de voltar ao trabalho	Sim	362	7,5%	26,3%	3555	0,073
	Não	22	18,2%	39,5%		
Q137 Contraindicação médica	Sim	362	1,9%	13,8%	3878	0,406
	Não	22	4,5%	21,3%		
Q138 O leite artificial oferece maior comodidade	Sim	362	0,6%	7,4%	3960	0,727
	Não	22	0,0%	0,0%		
Q139 Sentia-me muito cansada	Sim	362	0,6%	7,4%	3960	0,727
	Não	22	0,0%	0,0%		
Q1310 Dores ou infecções no peito	Sim	362	2,5%	15,6%	3900	0,556
	Não	22	4,5%	21,3%		
Q1311 O bebê não aumentava de peso	Sim	362	1,7%	12,8%	3686	* 0,018
	Não	22	9,1%	29,4%		
Q1312 O meu leite não era bom	Sim	362	2,8%	16,4%	3549	** 0,006
	Não	22	13,6%	35,1%		
Q1313 A criança já está muito grande	Sim	362	1,9%	13,8%	3905	0,511
	Não	22	0,0%	0,0%		

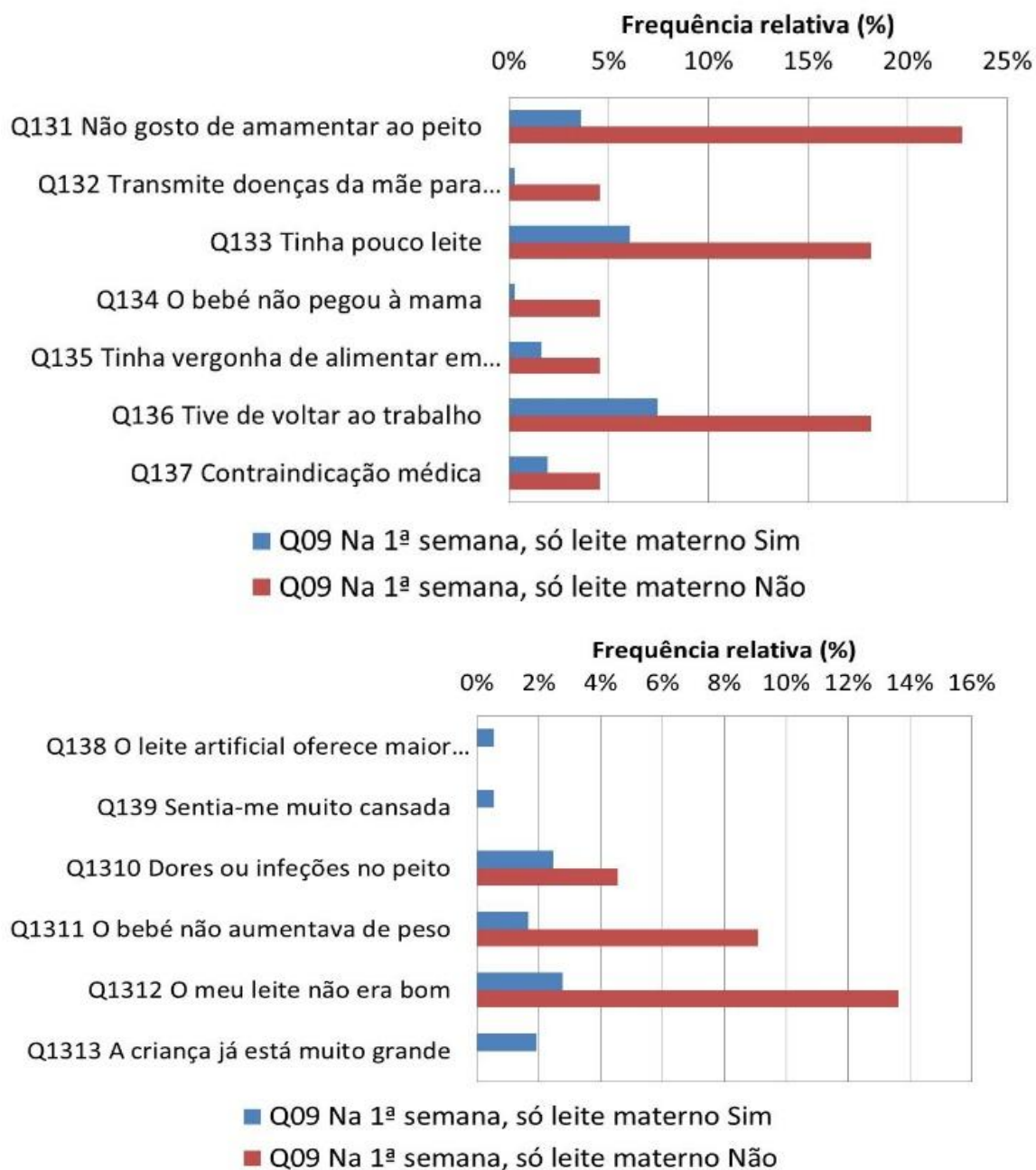
* diferença significativa para $p < 0,05$

** diferença significativa para $p < 0,01$

O valor de prova é inferior a 5% para os itens 1, 2, 3, 4, 11 e 12, rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 : considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

O valor de prova é superior a 5% para os restantes itens, não se rejeita H_0 : considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Gráfico 14 - Relações entre Q13 (“Indique quais as razões que a levaram a nunca fazer aleitamento materno exclusivo ou a interromper o aleitamento materno exclusivo”) e Q09 (“Na 1ª semana, só leite materno”)





A percentagem que responde afirmativamente a “Não gosto de amamentar ao peito”, “Transmite doenças da mãe para os filhos”, “Tinha pouco leite”, “O bebé não pegou à mama”, “O bebé não aumentava de peso” e “O meu leite não era bom” é superior para quem não deu apenas leite materno na primeira semana, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Na amostra, a percentagem que responde afirmativamente a “Tinha vergonha de alimentar em público”, “Tive de voltar ao trabalho”, “Contraindicação médica” e “Dores ou infeções no peito” é superior para quem não deu apenas leite materno na primeira semana, a percentagem que responde afirmativamente a “O leite artificial oferece maior comodidade”, “Sentia-me muito cansada” e “A criança já está muito grande” é superior para quem deu apenas leite materno na primeira semana, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Portanto, a opinião sobre as razões assinaladas que a levaram a nunca fazer aleitamento materno exclusivo ou a interromper o aleitamento materno exclusivo, influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno na primeira semana.

Tabela 26 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q17 (“Na sua opinião porque é que as jovens mães angolanas não amamentam ou deixam de amamentar muito cedo? [antes de um ano]” e Q09 (“Na 1ª semana, só leite materno”))

	Q09 Na 1ª semana, só leite materno	N	Média	Desvio padrão	Teste U Mann- Whitney	p
Q171 Amamentar ocupa muito tempo	Sim	362	20,2%	40,2%	3699	0,424
	Não	22	27,3%	45,6%		
Q172 A criança não cresce bem	Sim	362	4,7%	21,2%	3807	0,357
	Não	22	9,1%	29,4%		
Q173 Amamentar faz descair os seios	Sim	362	26,0%	43,9%	3672	0,417
	Não	22	18,2%	39,5%		
Q174 Porque têm de voltar ao trabalho/ escola	Sim	362	43,6%	49,7%	3511	0,277
	Não	22	31,8%	47,7%		
Q175 Amamentar transmite doenças	Sim	362	5,0%	21,8%	3965	0,929
	Não	22	4,5%	21,3%		
Q176 A criança chora muito com fome	Sim	362	43,6%	49,7%	3149	0,054
	Não	22	22,7%	42,9%		
Q177 A criança precisa de outros alimentos, o leite não chega	Sim	362	40,6%	49,2%	2908	* 0,012
	Não	22	13,6%	35,1%		
Q178 A alimentação artificial pode ser feita por qualquer pessoa	Sim	362	11,9%	32,4%	3871	0,693
	Não	22	9,1%	29,4%		

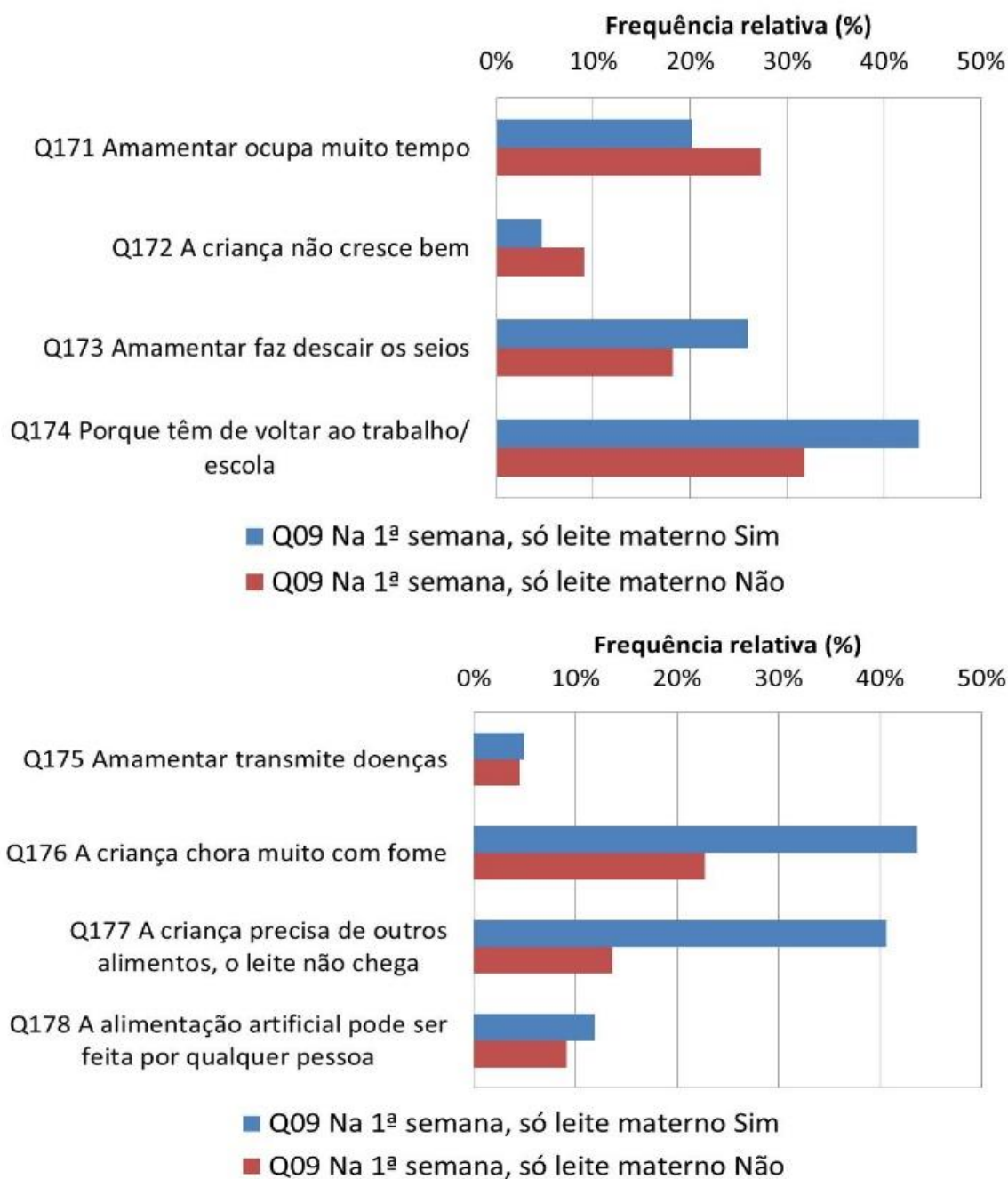
* diferença significativa para $p < 0,05$

** diferença significativa para $p < 0,01$

O valor de prova é inferior a 5% para o item 7, rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 : considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

O valor de prova é superior a 5% para os restantes itens, não se rejeita H_0 : considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Gráfico 15 - Relações entre Q17 (“Na sua opinião porque é que as jovens mães angolanas não amamentam ou deixam de amamentar muito cedo? [antes de um ano]” e Q09 (“Na 1ª semana, só leite materno”)



A percentagem que responde afirmativamente a “A criança precisa de outros alimentos, o leite não chega” é superior para quem deu apenas leite materno na primeira semana, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

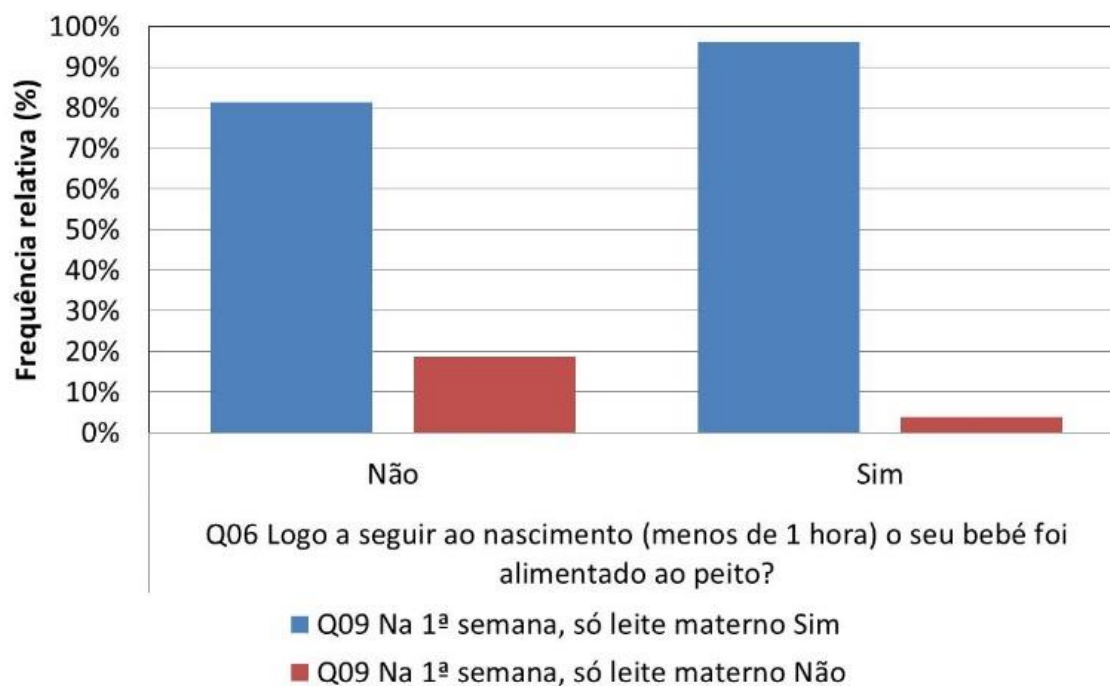
Na amostra, a percentagem que responde afirmativamente a “Amamentar ocupa muito tempo” e “A criança não cresce bem” é superior para quem não deu apenas leite materno na primeira semana, a percentagem que responde afirmativamente a “Amamentar faz descair os seios”, “Porque têm de voltar ao trabalho/ escola”, “Amamentar transmite doenças”, “A criança chora muito com fome” e “A alimentação artificial pode ser feita por qualquer pessoa” é superior para quem deu apenas leite materno na primeira semana, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. Portanto, a opinião sobre a razão assinalada sobre porque é que as jovens mães angolanas não amamentam ou deixam de amamentar muito cedo influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno na primeira semana.

Na amostra, a percentagem que deu apenas leite materno na primeira semana é superior para os que consideram que dar de mamar ao seu bebé é “nem bom nem mau” e inferior para os que respondem “bom”, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p > 0,05$). Portanto, a opinião sobre o que é dar de mamar ao bebé não influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno na primeira semana.

Tabela 27 - Relação entre Q06 (“Logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) o seu bebé foi alimentado ao peito?”) e Q09 (“Na 1ª semana, só leite materno”)

Q06 Logo a seguir ao nascimento o seu bebé foi alimentado ao peito?		Q09 Na 1ª semana, só leite materno	
		Sim	Não
Não	N	39	9
	% no grupo	81,3%	18,8%
Sim	N	321	13
	% no grupo	96,1%	3,9%

Gráfico 16 - Relação entre Q06 (“Logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) o seu bebé foi alimentado ao peito?”) e Q09 (“Na 1ª semana, só leite materno”)



A percentagem que deu apenas leite materno na primeira semana é superior para os que logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) alimentaram o bebé ao peito, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 17,070$; $p = 0,000$). Portanto, alimentar o bebé ao peito logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno na primeira semana.

Estes resultados estão de acordo com Cardoso (2006) que justifica o sucesso do aleitamento materno exclusivo pelo contacto precoce entre mãe e filho, que permite ao bebé mamar na primeira meia hora após o parto. As mulheres que amamentam na primeira hora têm maiores probabilidades de ter sucesso na amamentação.

Na amostra, a percentagem que deu apenas leite materno na primeira semana é superior para os que têm uma criança do sexo masculino, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p > 0,05$). Portanto, o sexo da criança não influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno na primeira semana.

Na amostra, a percentagem que deu apenas leite materno na primeira semana é superior para quem vive com o marido, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p > 0,05$). Portanto, viver com o marido não influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno na primeira semana.

Embora Faleiro et al (2011) defendam a importância da atitude do cônjuge na motivação para amamentar, este estudo não comprovou essa relação, não havendo relação entre viver com o marido e amamentar com leite materno na primeira semana.

Na amostra, a percentagem que deu apenas leite materno na primeira semana é inferior para quem não sabe ler nem escrever, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p > 0,05$). Portanto, a classe de estudos que completou não influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno na primeira semana.

Tabela 28 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q01 (“Quantos anos tem a mãe?”) e Q09 (“Na 1ª semana, só leite materno”)

	Q09 Na 1ª semana, só leite materno	N	Média	Desvio padrão	Teste U Mann-Whitney	p
Q01 Quantos anos tem a mãe?	Sim	358	24,72	5,697	3532	0,641
	Não	21	25,14	5,471		

O valor de prova é superior a 5%, não se rejeita H_0 : considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Na amostra, a idade média da mãe é superior para quem deu apenas leite materno na primeira semana, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. Portanto, a idade da mãe não influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno na primeira semana.

(ii) Antes dos quatro meses

Na amostra, a percentagem que deu apenas leite materno até aos quatro meses é superior para os que não tiveram aconselhamento, antes e/ou depois do parto, sobre aleitamento, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de

acordo com o teste do Qui-quadrado ($p > 0,05$). Portanto, o aconselhamento, antes e/ou depois do parto, sobre aleitamento não influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno até aos quatro meses.

Na amostra, a percentagem que deu apenas leite materno até aos quatro meses é idêntica para os que se aconselharam sobre amamentação com pessoal médico e de enfermagem ou com pessoal leigo, não existindo diferenças estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p > 0,05$). Portanto, o aconselhamento sobre amamentação, com pessoal médico e de enfermagem, não influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno até aos quatro meses.

Tabela 29 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q12 (“Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”)

	Q21 Outros alimentos antes 4 meses?	N	Média	Desvio padrão	Teste U Mann-Whitney	p
Q121 O leite materno evita doenças na criança	Não	195	84,1%	36,7%	7668	** 0,000
	Sim	111	55,0%	50,0%		
Q122 O leite materno é mais barato	Não	195	79,5%	40,5%	8362,5	** 0,000
	Sim	111	56,8%	49,8%		
Q123 Amamentar com leite materno é mais cómodo	Não	195	75,9%	42,9%	8166	** 0,000
	Sim	111	51,4%	50,2%		
Q124 Amamentar com leite materno é mais higiénico	Não	195	71,8%	45,1%	8610	** 0,000
	Sim	111	51,4%	50,2%		
Q126 Aumenta a ligação entre a mãe e o bebé	Não	195	72,8%	44,6%	8401,5	** 0,000
	Sim	111	50,5%	50,2%		
Q127 O bebé cresce melhor	Não	195	72,3%	44,9%	8652	** 0,000
	Sim	111	52,3%	50,2%		
Q128 O médico aconselhou	Não	195	71,8%	45,1%	8415	** 0,000
	Sim	111	49,5%	50,2%		
Q129 A mãe e a avó também amamentaram ao peito os seus filhos	Não	195	15,4%	36,2%	10620	0,657
	Sim	111	13,5%	34,3%		
Q1210 Gosto de amamentar ao peito	Não	195	66,7%	47,3%	8775	** 0,001
	Sim	111	47,7%	50,2%		

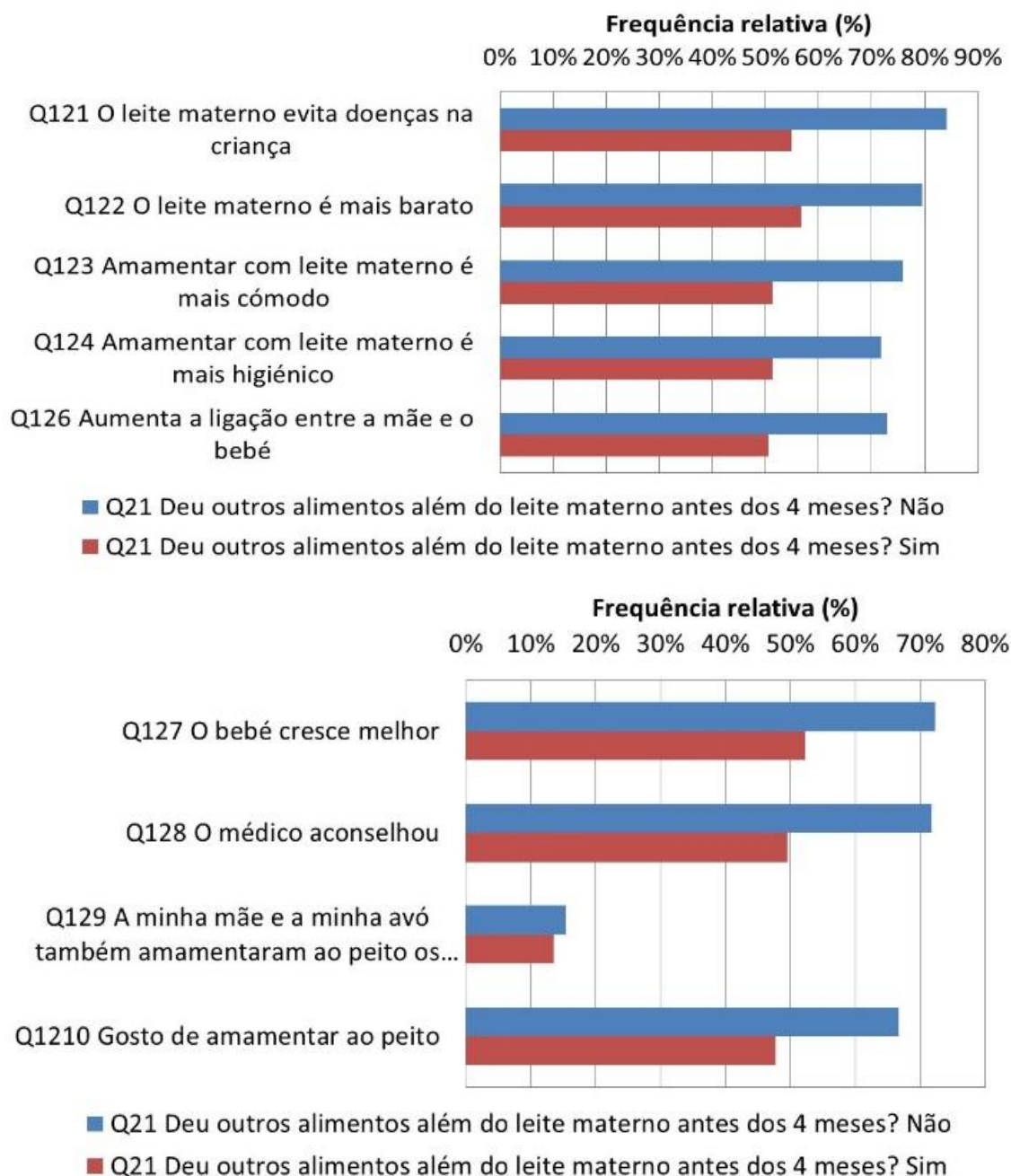
* diferença significativa para $p < 0,05$

** diferença significativa para $p < 0,01$

O valor de prova é inferior a 5% para os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 10, rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 : considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

O valor de prova é superior a 5% para o item 9, não se rejeita H_0 : considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Gráfico 17 - Relações entre Q12 (“Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”)





A percentagem que responde afirmativamente a “O leite materno evita doenças na criança”, “O leite materno é mais barato”, “Amamentar com leite materno é mais cómodo”, “Amamentar com leite materno é mais higiénico”, “Aumenta a ligação entre a mãe e o bebé”, “O bebé cresce melhor”, “O médico aconselhou” e “Gosto de amamentar ao peito” é superior para quem deu apenas leite materno antes dos quatro meses, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Na amostra, a percentagem que responde afirmativamente a “A minha mãe e a minha avó também amamentaram ao peito os seus filhos” é superior para quem deu apenas leite materno antes dos quatro meses, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Portanto, a opinião como mãe sobre porque é que se deve dar só leite materno à criança, até aos 6 meses, não influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno até aos quatro meses.

Tabela 30 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q13 (“Indique quais as razões que a levaram a nunca fazer aleitamento materno exclusivo ou a interromper o aleitamento materno exclusivo”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”)

	Q21 Outros alimentos antes 4 meses?	N	Média	Desvio padrão	Teste U Mann-Whitney	p
Q131 Não gosto de amamentar ao peito	Não	195	2,6%	15,8%	9832,5	** 0,001
	Sim	111	11,7%	32,3%		
Q132 Transmite doenças da mãe para os filhos	Não	195	0,0%	0,0%	10627,5	0,060
	Sim	111	1,8%	13,4%		
Q133 Tinha pouco leite	Não	195	4,1%	19,9%	9609	** 0,001
	Sim	111	15,3%	36,2%		
Q134 O bebê não pegou à mama	Não	195	0,5%	7,2%	10780,5	0,686
	Sim	111	0,9%	9,5%		
Q135 Tinha vergonha de alimentar em público	Não	195	1,0%	10,1%	10446	0,051
	Sim	111	4,5%	20,8%		
Q136 Tive de voltar ao trabalho	Não	195	6,7%	25,0%	9789	** 0,008
	Sim	111	16,2%	37,0%		
Q137 Contraindicação médica	Não	195	1,0%	10,1%	10348,5	* 0,021
	Sim	111	5,4%	22,7%		
Q138 O leite artificial oferece maior comodidade	Não	195	0,5%	7,2%	10780,5	0,686
	Sim	111	0,9%	9,5%		
Q139 Sentia-me muito cansada	Não	195	0,5%	7,2%	10780,5	0,686
	Sim	111	0,9%	9,5%		
Q1310 Dores ou infecções no peito	Não	195	3,6%	18,7%	10726,5	0,675
	Sim	111	2,7%	16,3%		
Q1311 O bebê não aumentava de peso	Não	195	0,5%	7,2%	10195,5	** 0,002
	Sim	111	6,3%	24,4%		
Q1312 O meu leite não era bom	Não	195	1,5%	12,3%	10014	** 0,002
	Sim	111	9,0%	28,8%		
Q1313 A criança já está muito grande	Não	195	1,0%	10,1%	10446	0,051
	Sim	111	4,5%	20,8%		

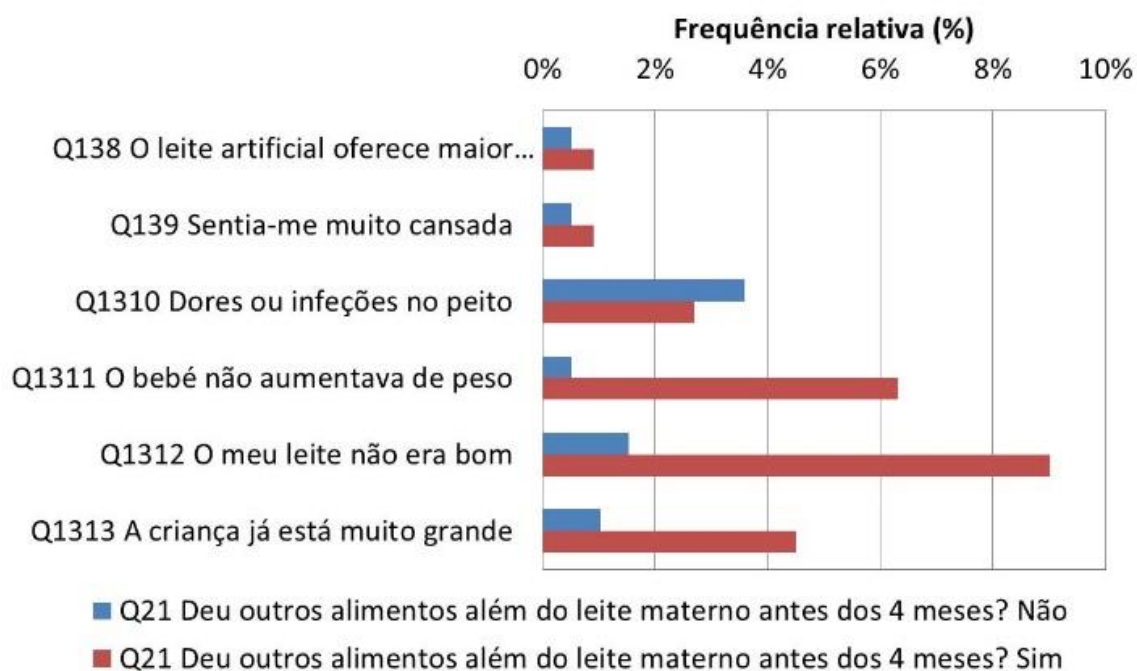
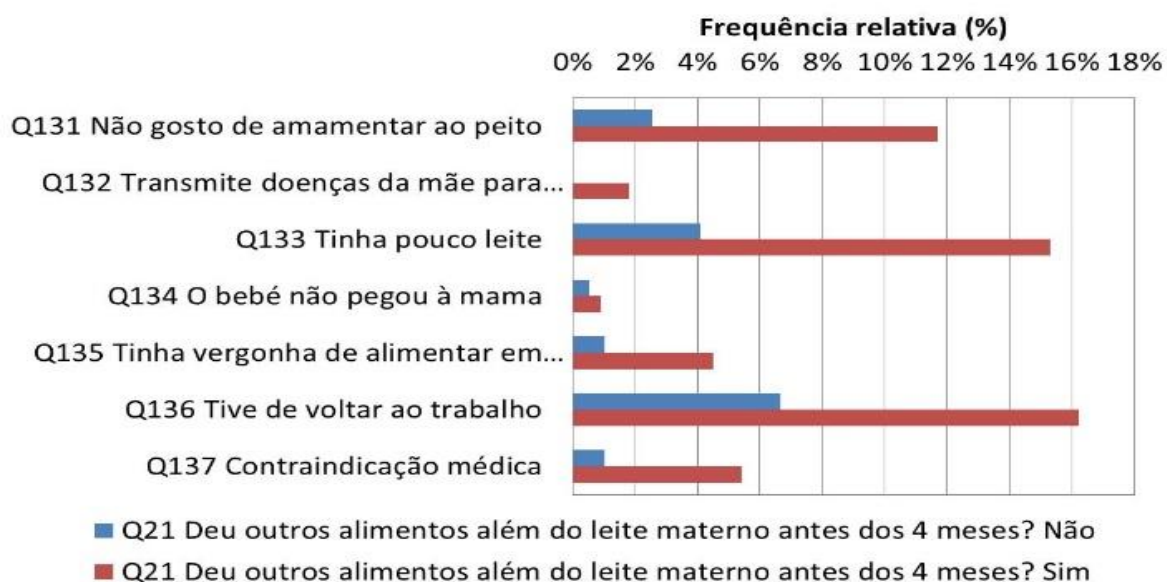
* diferença significativa para $p < 0,05$

** diferença significativa para $p < 0,01$

O valor de prova é inferior a 5% para os itens 1, 3, 6, 7, 11 e 12, rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 : considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

O valor de prova é superior a 5% para os restantes itens, não se rejeita H_0 : considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Gráfico 18 - Relações entre Q13 (“Indique quais as razões que a levaram a nunca fazer aleitamento materno exclusivo ou a interromper o aleitamento materno exclusivo”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”)





A percentagem que responde afirmativamente a “Não gosto de amamentar ao peito”, “Tinha pouco leite”, “Tive de voltar ao trabalho”, “Contraindicação médica”, “O bebé não aumentava de peso” e “O meu leite não era bom” é superior para quem não deu apenas leite materno antes dos quatro meses, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Na amostra, a percentagem que responde afirmativamente a “Transmite doenças da mãe para os filhos”, “O bebé não pegou à mama”, “Tinha vergonha de alimentar em público”, “O leite artificial oferece maior comodidade”, “Sentia-me muito cansada” e “A criança já está muito grande” é superior para quem não deu apenas leite materno antes dos quatro meses, a percentagem que responde afirmativamente a “Dores ou infeções no peito” é superior para quem deu apenas leite materno antes dos quatro meses, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Portanto, a opinião sobre as razões assinaladas que a levaram a nunca fazer aleitamento materno exclusivo ou a interromper o aleitamento materno exclusivo, influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno até aos quatro meses.

Tabela 31 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q17 (“Na sua opinião porque é que as jovens mães angolanas não amamentam ou deixam de amamentar muito cedo? [antes de um ano]”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”)

	Q21 Outros alimentos antes 4 meses?	N	Média	Desvio padrão	Teste U Mann-Whitney	p
Q171 Amamentar ocupa muito tempo	Não	195	21,0%	40,9%	10368	0,399
	Sim	111	25,2%	43,6%		
Q172 A criança não cresce bem	Não	195	3,1%	17,3%	10278	* 0,049
	Sim	111	8,1%	27,4%		
Q173 Amamentar faz descair os seios	Não	195	32,3%	46,9%	9568,5	** 0,030
	Sim	111	20,7%	40,7%		
Q174 Porque têm de voltar ao trabalho/ escola	Não	195	50,3%	50,1%	10356	0,469
	Sim	111	45,9%	50,1%		
Q175 Amamentar transmite doenças	Não	195	3,1%	17,3%	10375,5	0,097
	Sim	111	7,2%	26,0%		
Q176 A criança chora muito com fome	Não	195	45,6%	49,9%	10660,5	0,801
	Sim	111	44,1%	49,9%		
Q177 A criança precisa de outros alimentos, o leite não chega	Não	195	43,1%	49,6%	10158	0,294
	Sim	111	36,9%	48,5%		
Q178 A alimentação artificial pode ser feita por qualquer pessoa	Não	195	5,1%	22,1%	9135	** 0,000
	Sim	111	20,7%	40,7%		

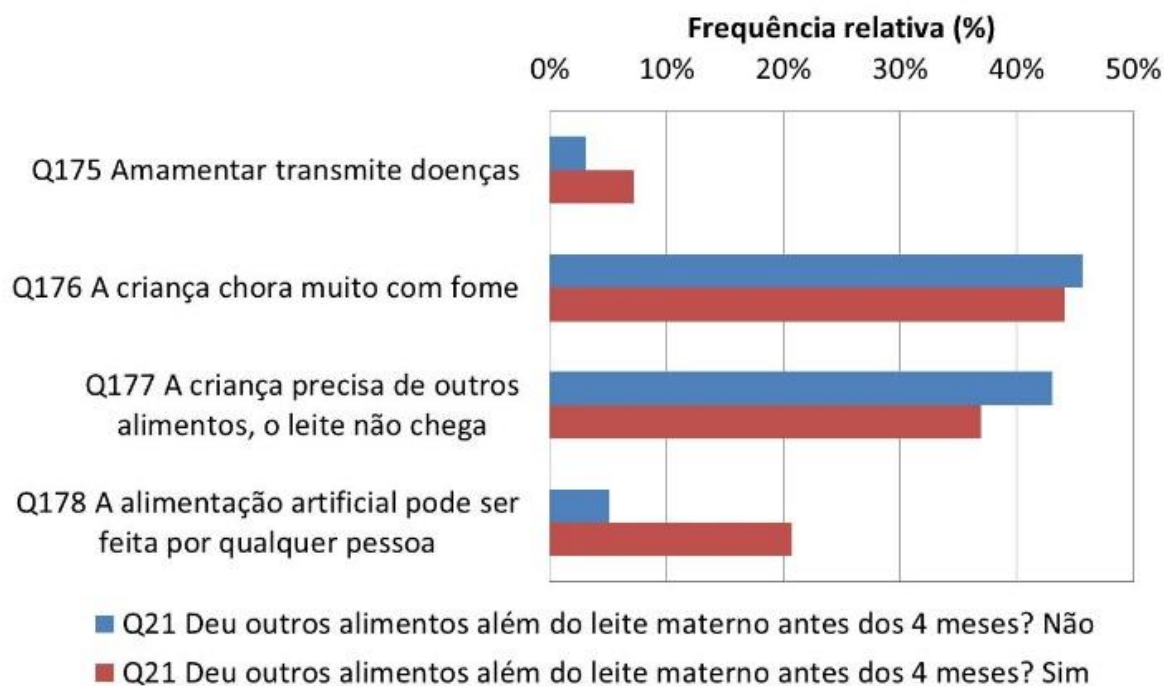
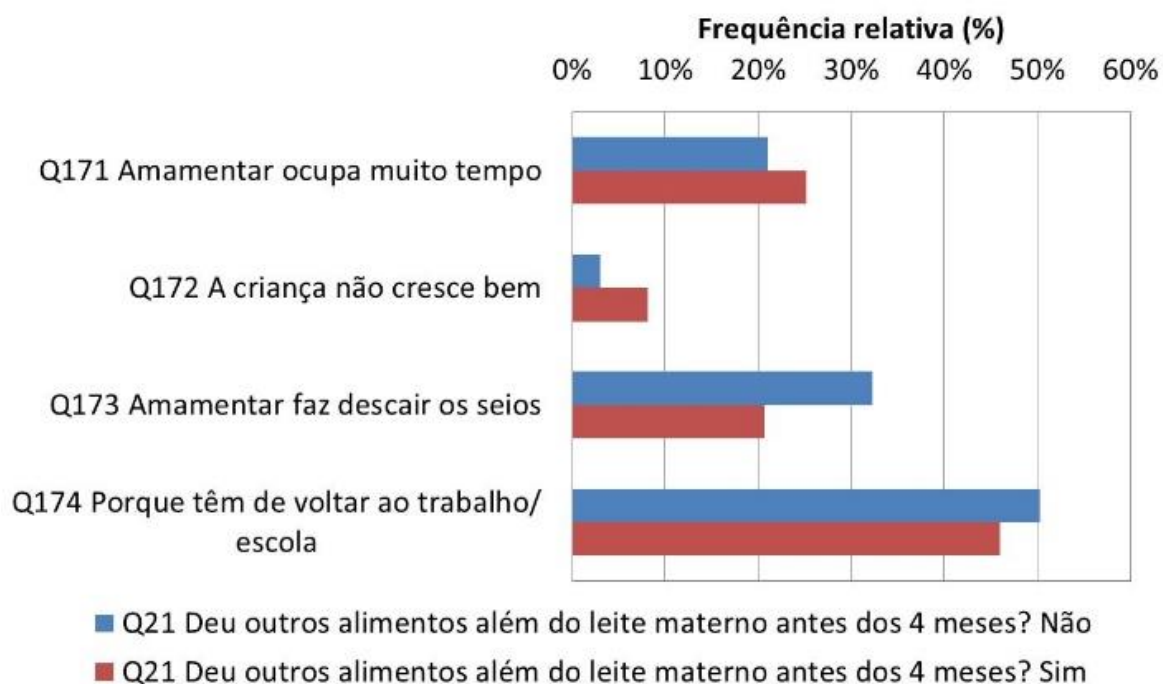
* diferença significativa para $p < 0,05$

** diferença significativa para $p < 0,01$

O valor de prova é inferior a 5% para os itens 2, 3 e 8, rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 : considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

O valor de prova é superior a 5% para os restantes itens, não se rejeita H_0 : considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Gráfico 19 - Relações entre Q17 (“Na sua opinião porque é que as jovens mães angolanas não amamentam ou deixam de amamentar muito cedo? [antes de um ano]”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”)



A percentagem que responde afirmativamente a “Amamentar faz descair os seios” é superior para quem deu apenas leite materno antes dos quatro meses, a percentagem que

responde afirmativamente a “A criança não cresce bem” e “A alimentação artificial pode ser feita por qualquer pessoa” é superior para quem não deu apenas leite materno antes dos quatro meses, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

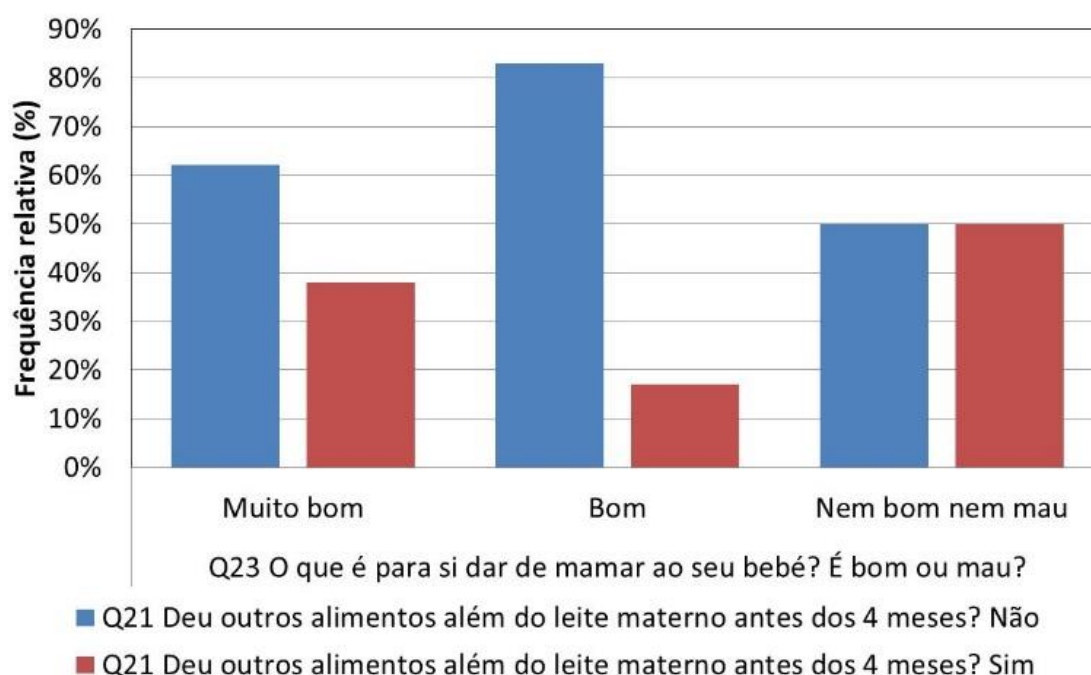
Na amostra, a percentagem que responde afirmativamente a “Porque têm de voltar ao trabalho/ escola”, “A criança chora muito com fome” e “A criança precisa de outros alimentos, o leite não chega” é superior para quem deu apenas leite materno antes dos quatro meses, a percentagem que responde afirmativamente a “Amamentar ocupa muito tempo” e “Amamentar transmite doenças” é superior para quem não deu apenas leite materno antes dos quatro meses, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Portanto, a opinião sobre a razão assinalada sobre porque é que as jovens mães angolanas não amamentam ou deixam de amamentar muito cedo, influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno até aos quatro meses.

Tabela 32 - Relação entre Q23 (“O que é para si dar de mamar ao seu bebé? É bom ou mau?”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”)

Q23 O que é para si dar de mamar ao seu bebé? É bom ou mau?		Q21 Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?	
		Não	Sim
Muito bom	N	155	95
	% no grupo	62,0%	38,0%
Bom	N	34	7
	% no grupo	82,9%	17,1%
Nem bom nem mau	N	3	3
	% no grupo	50,0%	50,0%

Gráfico 20 - Relação entre Q23 (“O que é para si dar de mamar ao seu bebê? É bom ou mau?”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”)

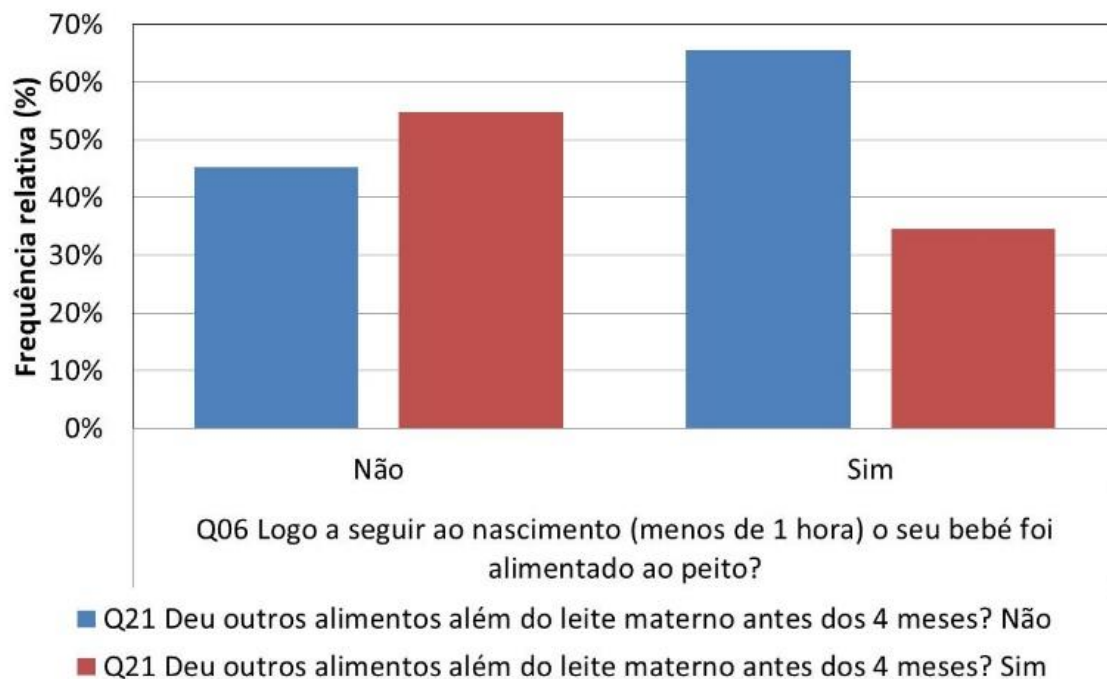


Na amostra, a percentagem que deu apenas leite materno até aos quatro meses é superior para os que consideram que dar de mamar ao seu bebê é “bom” e inferior para os que respondem “nem bom nem mau”, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 7,324$; $p = 0,026$). Portanto, a opinião sobre o que é dar de mamar ao bebê influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno até aos quatro meses.

Tabela 33 - Relação entre Q06 (“Logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) o seu bebê foi alimentado ao peito?”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”)

Q06 Logo a seguir ao nascimento o seu bebê foi alimentado ao peito?		Q21 Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?	
		Não	Sim
Não	N	14	17
	% no grupo	45,2%	54,8%
Sim	N	179	94
	% no grupo	65,6%	34,4%

Gráfico 21 - Relação entre Q06 (“Logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) o seu bebé foi alimentado ao peito?”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”)



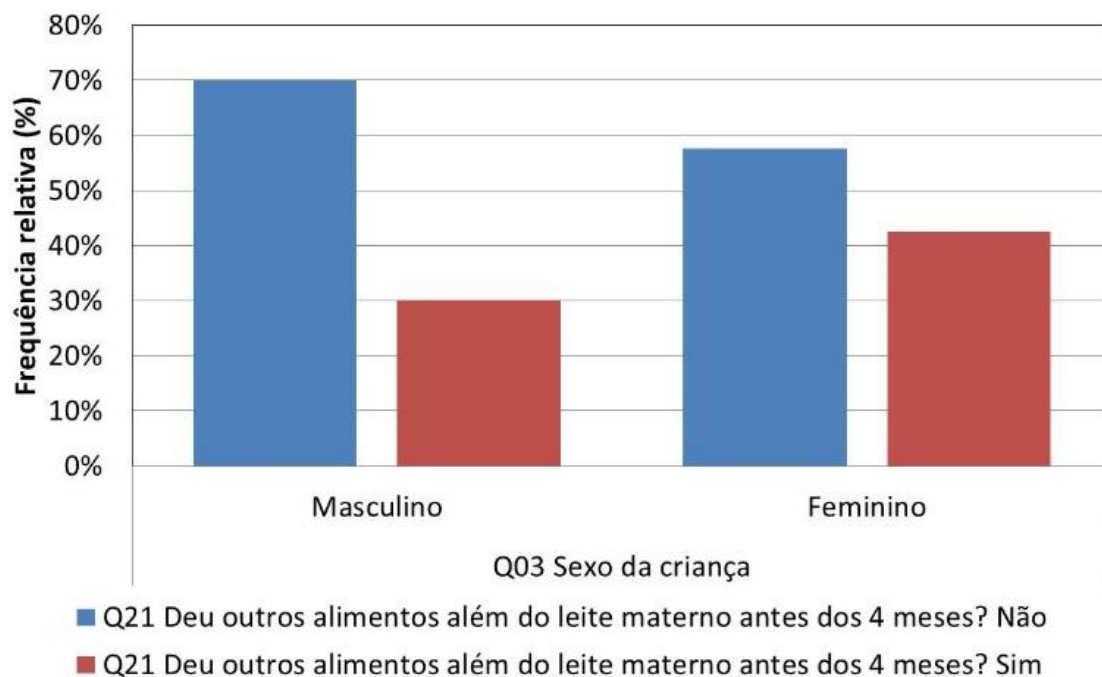
A percentagem que deu apenas leite materno até aos quatro meses é superior para os que, logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora), alimentaram o bebé ao peito, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 5,001$; $p = 0,025$). Portanto, alimentar o bebé ao peito, logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno até aos quatro meses.

Este resultado, do mesmo modo que já se verificou para o abandono a 1 semana, também está em concordância com Cardoso (2006) que refere que a amamentação na primeira hora de vida é um dos fatores mais importantes para a amamentação exclusiva.

Tabela 34 - Relação entre Q03 (“Sexo da criança”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”)

Q03 Sexo da criança		Q21 Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?	
		Não	Sim
Masculino	N	121	52
	% no grupo	69,9%	30,1%
Feminino	N	72	53
	% no grupo	57,6%	42,4%

Gráfico 22 - Relação entre Q03 (“Sexo da criança”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”)



A percentagem que deu apenas leite materno até aos quatro meses é superior para os que têm uma criança do sexo masculino, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 4,844$; $p = 0,028$). Portanto, o sexo da criança influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno até aos quatro meses.

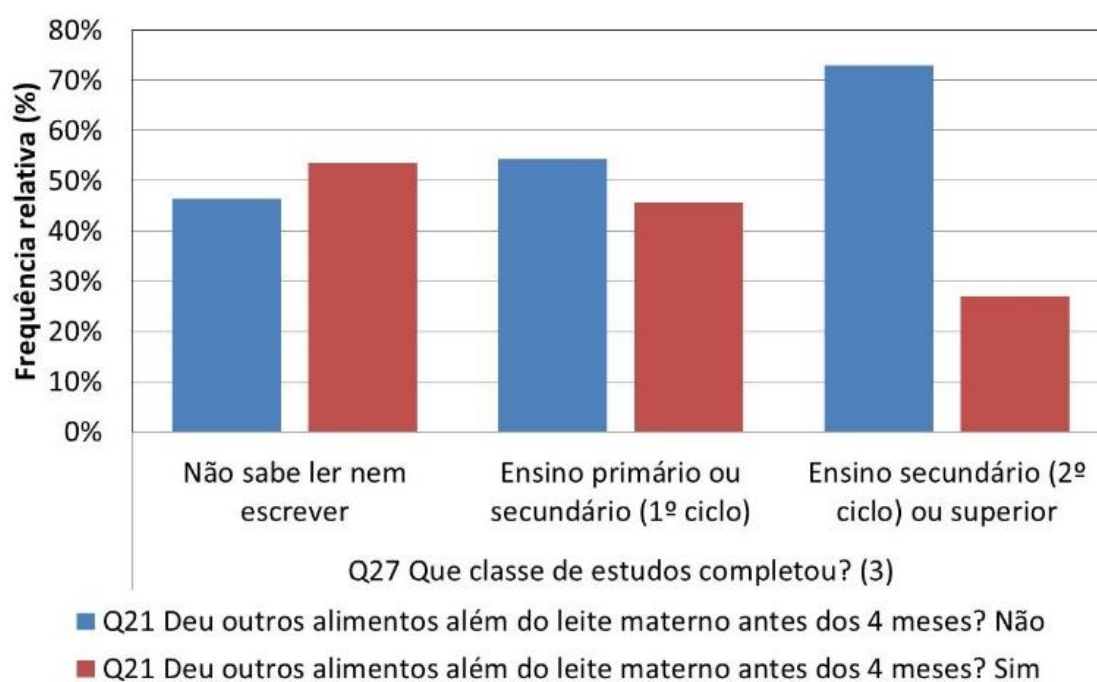
Na amostra, a percentagem que deu apenas leite materno até aos quatro meses é superior para quem vive com o marido, no entanto, as diferenças observadas não são

estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p > 0,05$). Portanto, viver com o marido não influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno até aos quatro meses.

Tabela 35 - Relação entre Q27 “Que classe de estudos completou?” e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”)

Q27 Que classe de estudos completou?		Q21 Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?	
		Não	Sim
Não sabe ler nem escrever	N	13	15
	% no grupo	46,4%	53,6%
Ensino primário ou secundário (1º ciclo)	N	57	48
	% no grupo	54,3%	45,7%
Ensino secundário (2º ciclo) ou superior	N	124	46
	% no grupo	72,9%	27,1%

Gráfico 23 - Relação entre Q27 (“Que classe de estudos completou?”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”)



A percentagem que deu apenas leite materno até aos quatro meses é superior para as mães com ensino secundário ou superior e inferior para as mães que não sabem ler nem escrever, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 13,956$; $p = 0,001$). Portanto, a classe de estudos que completou influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno até aos quatro meses.

Tabela 36 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q01 (“Quantos anos tem a mãe?”) e Q21 (“Deu outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?”)

	Q21 Outros alimentos antes 4 meses?	N	Média	Desvio padrão	Teste U Mann-Whitney	p
Q01 Quantos anos tem a mãe?	Não	192	23,13	5,709	6777	** 0,000
	Sim	110	26,33	5,276		

** diferença significativa para $p < 0,01$

O valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 : considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

A idade média da mãe é inferior para quem deu apenas leite materno antes dos quatro meses, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas. Portanto, a idade da mãe influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno até aos quatro meses.

5.2.3 Descrever e analisar os fatores que favorecem o aleitamento materno por parte das mães (comparando as mães que amamentaram até aos 6 meses e as que não amamentaram)

Na amostra, a percentagem que deu apenas leite materno nos primeiros 6 meses é ligeiramente superior para os não que tiveram aconselhamento, antes e/ou depois do parto, sobre aleitamento, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p > 0,05$). Portanto, o aconselhamento, antes e/ou depois do parto, sobre aleitamento, não influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno nos primeiros 6 meses.

Na amostra, a percentagem que deu apenas leite materno nos primeiros 6 meses é superior para os que se aconselharam sobre amamentação com pessoal médico e de enfermagem, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p > 0,05$). Portanto, o aconselhamento sobre amamentação, com pessoal médico e de enfermagem, não influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno nos primeiros 6 meses.

Tabela 37 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q12 (“Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”)

	Q10 Só leite materno, nos 1. ^{os} 6 meses	N	Média	Desvio padrão	Teste U Mann-Whitney	p
Q121 O leite materno evita doenças na criança	Não	138	68,8%	46,5%	8333	** 0,000
	Sim	158	92,4%	26,6%		
Q122 O leite materno é mais barato	Não	138	68,8%	46,5%	9023	** 0,000
	Sim	158	86,1%	34,7%		
Q123 Amamentar com leite materno é mais cómodo	Não	138	63,8%	48,2%	8746	** 0,000
	Sim	158	83,5%	37,2%		
Q124 Amamentar com leite materno é mais higiénico	Não	138	63,0%	48,4%	9150	** 0,002
	Sim	158	79,1%	40,8%		
Q126 Aumenta a ligação entre a mãe e o bebé	Não	138	63,0%	48,4%	9288	** 0,005
	Sim	158	77,8%	41,7%		
Q127 O bebé cresce melhor	Não	138	64,5%	48,0%	9377	** 0,008
	Sim	158	78,5%	41,2%		
Q128 O médico aconselhou	Não	138	64,5%	48,0%	9860	0,075
	Sim	158	74,1%	44,0%		
Q129 A mãe e a avó também amamentaram ao peito os seus filhos	Não	138	8,0%	27,2%	9080	** 0,000
	Sim	158	24,7%	43,3%		
Q1210 Gosto de amamentar ao peito	Não	138	60,1%	49,1%	9593	* 0,029
	Sim	158	72,2%	45,0%		

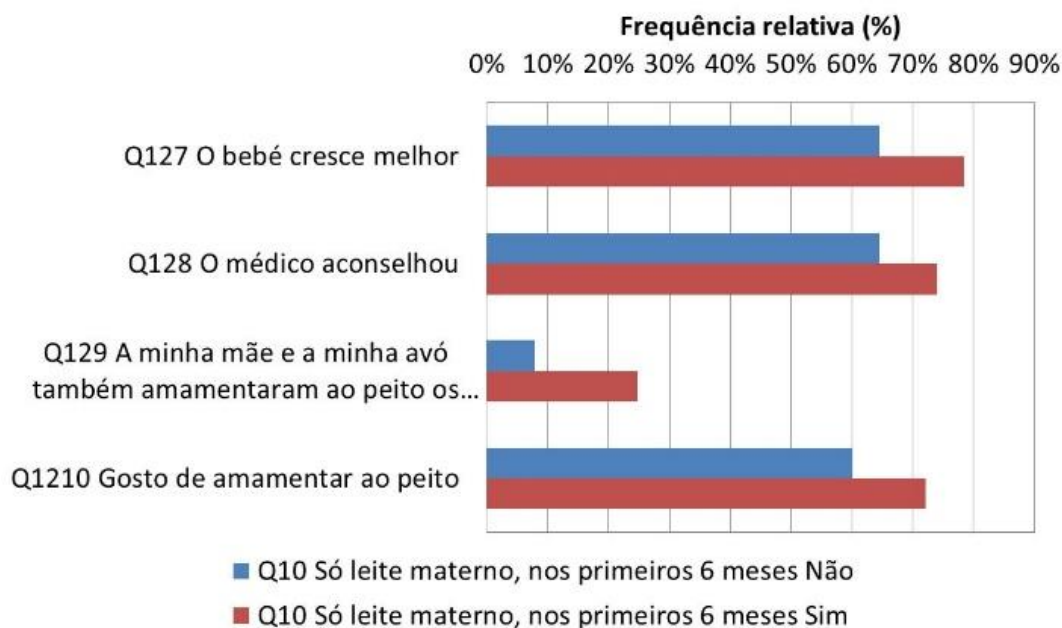
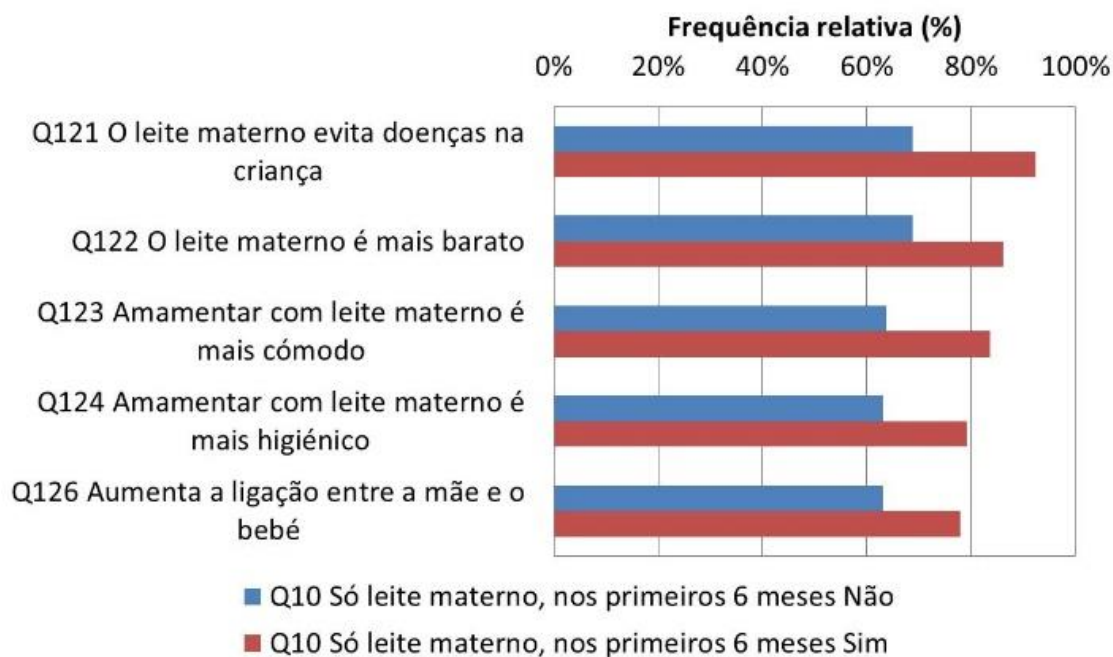
* diferença significativa para $p < 0,05$

** diferença significativa para $p < 0,01$

O valor de prova é inferior a 5% para os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 9, rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 : considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

O valor de prova é superior a 5% para o item 8, não se rejeita H_0 : considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Gráfico 24 - Relações entre Q12 (“Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”).





A percentagem que responde afirmativamente a “O leite materno evita doenças na criança”, “O leite materno é mais barato”, “Amamentar com leite materno é mais cómodo”, “Amamentar com leite materno é mais higiénico”, “Aumenta a ligação entre a mãe e o bebé”, “O bebé cresce melhor”, “A minha mãe e a minha avó também amamentaram ao peito os seus filhos” e “Gosto de amamentar ao peito” é superior para quem deu apenas leite materno nos primeiros 6 meses, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Na amostra, a percentagem que responde afirmativamente a “O médico aconselhou” é superior para quem deu apenas leite materno nos primeiros 6 meses, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Portanto, a opinião como mãe sobre porque é que se deve dar só leite materno à criança, até aos 6 meses, influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno nos primeiros 6 meses.

Tabela 38 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q13 (“Indique quais as razões que a levaram a nunca fazer aleitamento materno exclusivo ou a interromper o aleitamento materno exclusivo”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”)

	Q10 Só leite materno, nos 1. ^{os} 6 meses	N	Média	Desvio padrão	Teste U Mann-Whitney	p
Q131 Não gosto de amamentar ao peito	Não	138	11,6%	32,1%	9638	** 0,000
	Sim	158	0,0%	0,0%		
Q132 Transmite doenças da mãe para os filhos	Não	138	1,4%	12,0%	10744	0,130
	Sim	158	0,0%	0,0%		
Q133 Tinha pouco leite	Não	138	15,2%	36,0%	9519	** 0,000
	Sim	158	2,5%	15,8%		
Q134 O bebê não pegou à mama	Não	138	0,0%	0,0%	10833	0,350
	Sim	158	0,6%	8,0%		
Q135 Tinha vergonha de alimentar em público	Não	138	4,3%	20,5%	10497	* 0,036
	Sim	158	0,6%	8,0%		
Q136 Tive de voltar ao trabalho	Não	138	13,0%	33,8%	10308	0,122
	Sim	158	7,6%	26,6%		
Q137 Contraindicação médica	Não	138	2,2%	14,6%	10863	0,840
	Sim	158	2,5%	15,8%		
Q138 O leite artificial oferece maior comodidade	Não	138	1,4%	12,0%	10744	0,130
	Sim	158	0,0%	0,0%		
Q139 Sentia-me muito cansada	Não	138	0,0%	0,0%	10764	0,186
	Sim	158	1,3%	11,2%		
Q1310 Dores ou infecções no peito	Não	138	4,3%	20,5%	10635	0,222
	Sim	158	1,9%	13,7%		
Q1311 O bebê não aumentava de peso	Não	138	4,3%	20,5%	10497	* 0,036
	Sim	158	0,6%	8,0%		
Q1312 O meu leite não era bom	Não	138	6,5%	24,8%	10398	* 0,045
	Sim	158	1,9%	13,7%		
Q1313 A criança já está muito grande	Não	138	4,3%	20,5%	10497	* 0,036
	Sim	158	0,6%	8,0%		

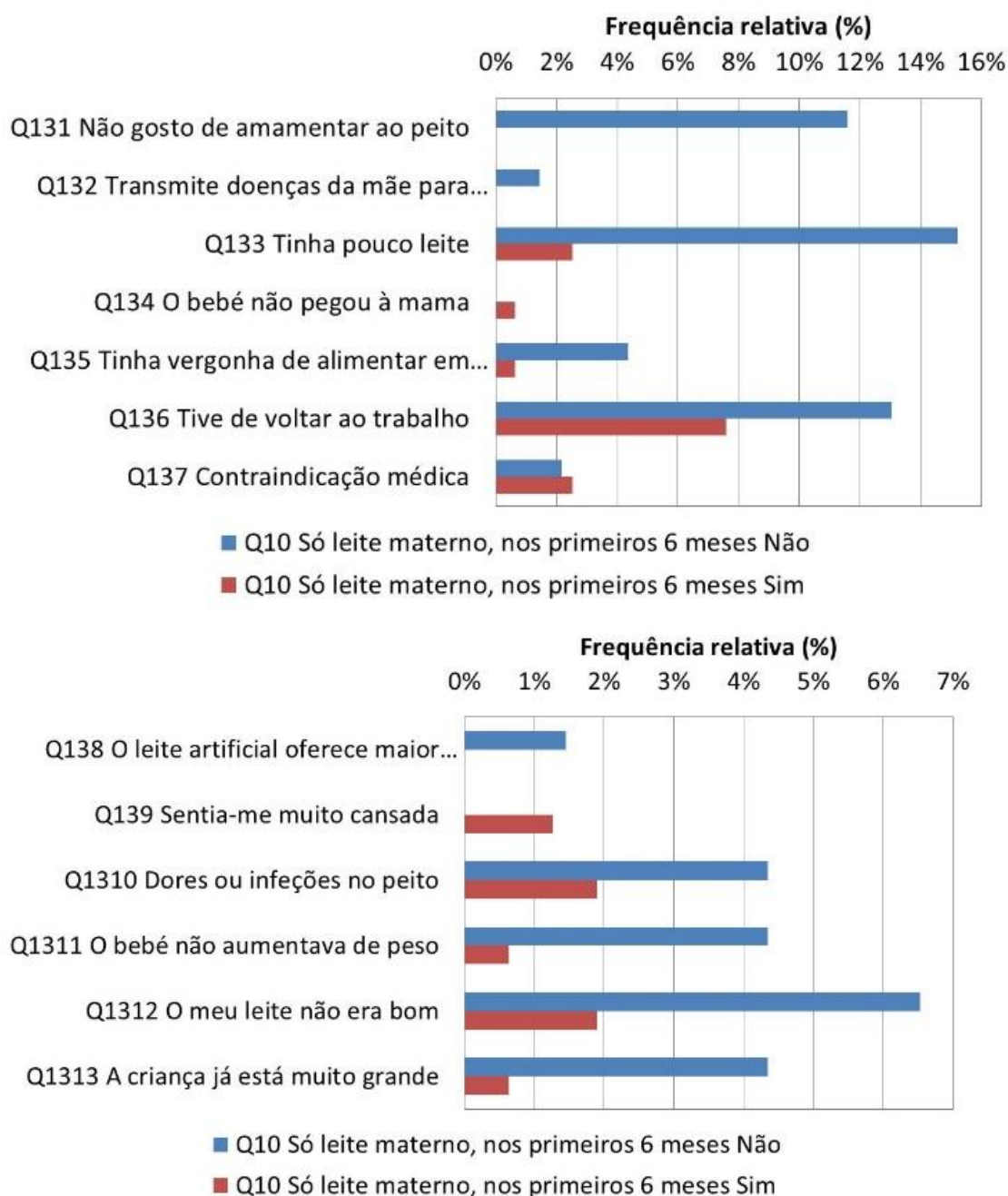
* diferença significativa para $p < 0,05$

** diferença significativa para $p < 0,01$

O valor de prova é inferior a 5% para os itens 1, 3, 5, 11, 12 e 13, rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 : considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

O valor de prova é superior a 5% para os restantes itens, não se rejeita H_0 : considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Gráfico 25 - Relações entre Q13 Indique quais as razões que a levaram a nunca fazer aleitamento materno exclusivo ou a interromper o aleitamento materno exclusivo e Q10 Só leite materno, nos primeiros 6 meses





A percentagem que responde afirmativamente a “Não gosto de amamentar ao peito”, “Tinha pouco leite”, “Tinha vergonha de alimentar em público”, “O leite artificial oferece maior comodidade”, “O meu leite não era bom” e “A criança já está muito grande” é superior para quem não deu apenas leite materno nos primeiros 6 meses, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Na amostra, a percentagem que responde afirmativamente a “Transmite doenças da mãe para os filhos”, “Tive de voltar ao trabalho”, “Dores ou infeções no peito” e “O bebé não aumentava de peso” é superior para quem não deu apenas leite materno nos primeiros 6 meses, a percentagem que responde afirmativamente a “O bebé não pegou à mama”, “Contraindicação médica” e “Sentia-me muito cansada” é superior para quem deu apenas leite materno nos primeiros 6 meses, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Portanto, a opinião sobre as razões assinaladas que a levaram a nunca fazer aleitamento materno exclusivo ou a interromper o aleitamento materno exclusivo, influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno nos primeiros 6 meses.

Tabela 39 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q17 (“Na sua opinião porque é que as jovens mães angolanas não amamentam ou deixam de amamentar muito cedo? [antes de um ano]”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”)

	Q10 Só leite materno, nos 1. ^{os} 6 meses	N	Média	Desvio padrão	Teste U Mann-Whitney	p
Q171 Amamentar ocupa muito tempo	Não	138	20,3%	40,4%	10630	0,604
	Sim	158	22,8%	42,1%		
Q172 A criança não cresce bem	Não	138	6,5%	24,8%	10467	0,095
	Sim	158	2,5%	15,8%		
Q173 Amamentar faz descair os seios	Não	138	23,2%	42,4%	10325	0,301
	Sim	158	28,5%	45,3%		
Q174 Porque têm de voltar ao trabalho/ escola	Não	138	52,2%	50,1%	9630	* 0,045
	Sim	158	40,5%	49,2%		
Q175 Amamentar transmite doenças	Não	138	5,1%	22,0%	10832	0,796
	Sim	158	4,4%	20,6%		
Q176 A criança chora muito com fome	Não	138	53,6%	50,1%	8644	** 0,000
	Sim	158	32,9%	47,1%		
Q177 A criança precisa de outros alimentos, o leite não chega	Não	138	47,8%	50,1%	9276	** 0,009
	Sim	158	32,9%	47,1%		
Q178 A alimentação artificial pode ser feita por qualquer pessoa	Não	138	12,3%	33,0%	10525	* 0,333
	Sim	158	8,9%	28,5%		

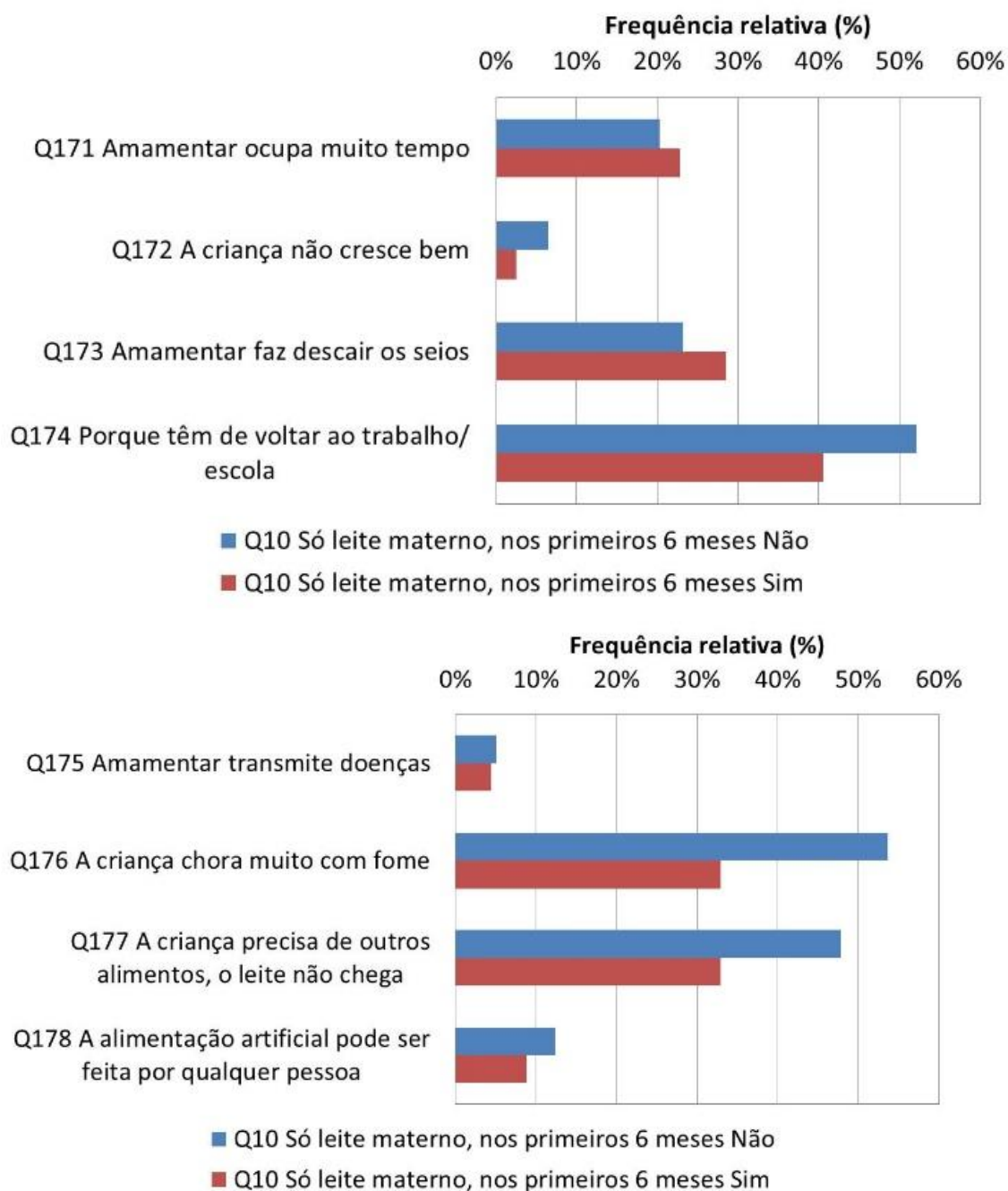
* diferença significativa para $p < 0,05$

** diferença significativa para $p < 0,01$

O valor de prova é inferior a 5% para os itens 4, 6, 7 e 8, rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 : considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

O valor de prova é superior a 5% para os restantes itens, não se rejeita H_0 : considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Gráfico 26 - Relações entre Q17 (“Na sua opinião porque é que as jovens mães angolanas não amamentam ou deixam de amamentar muito cedo? [antes de um ano]”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”)



A percentagem que responde afirmativamente a “Porque têm de voltar ao trabalho/escola”, “A criança chora muito com fome”, “A criança precisa de outros alimentos, o leite não chega” e “A alimentação artificial pode ser feita por qualquer pessoa” é superior para

quem não deu apenas leite materno nos primeiros 6 meses, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

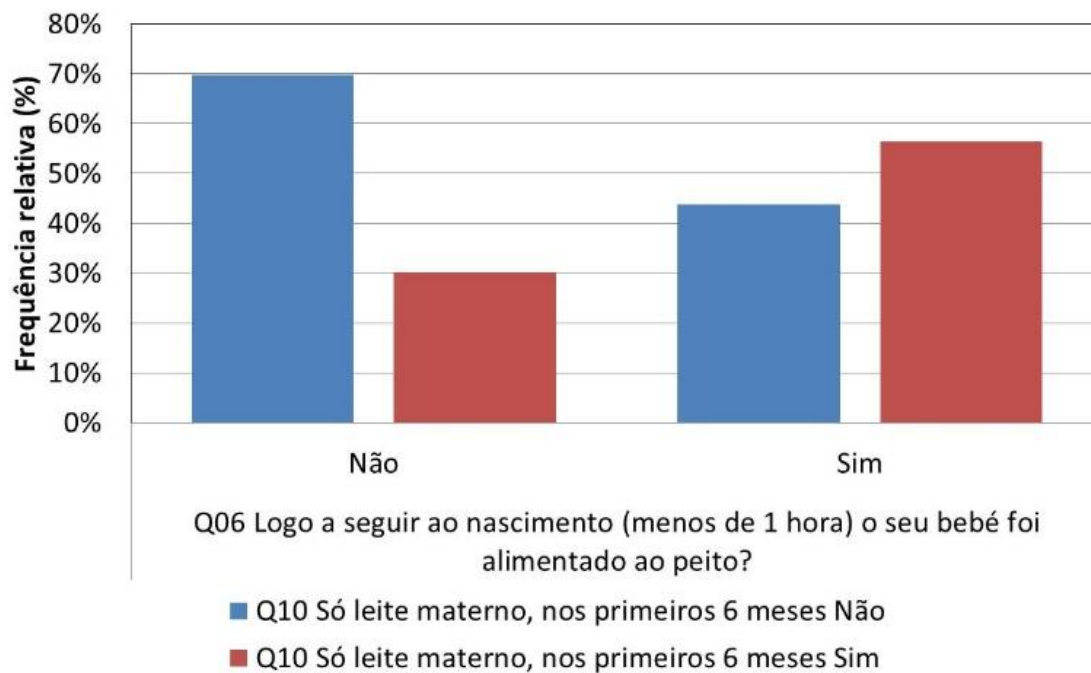
Na amostra, a percentagem que responde afirmativamente a “A criança não cresce bem” e “Amamentar transmite doenças” é superior para quem não deu apenas leite materno nos primeiros 6 meses, a percentagem que responde afirmativamente a “Amamentar ocupa muito tempo” e “Amamentar faz descair os seios” é superior para quem deu apenas leite materno nos primeiros 6 meses, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. Portanto, a opinião sobre as razões assinaladas sobre porque é que as jovens mães angolanas não amamentam ou deixam de amamentar muito cedo, influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno nos primeiros 6 meses.

Na amostra, a percentagem que deu apenas leite materno nos primeiros 6 meses é superior para os que consideram que dar de mamar ao seu bebé é “bom”, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p > 0,05$). Portanto, a opinião sobre o que é dar de mamar ao bebé não influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno nos primeiros 6 meses.

Tabela 40 - Relação entre Q06 (“Logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) o seu bebé foi alimentado ao peito?”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”)

Q06 Logo a seguir ao nascimento o seu bebé foi alimentado ao peito?		Q10 Só leite materno, nos primeiros 6 meses	
		Não	Sim
Não	N	23	10
	% no grupo	69,7%	30,3%
Sim	N	114	147
	% no grupo	43,7%	56,3%

Gráfico 27 - Relação entre Q06 (“Logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) o seu bebé foi alimentado ao peito?”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”)

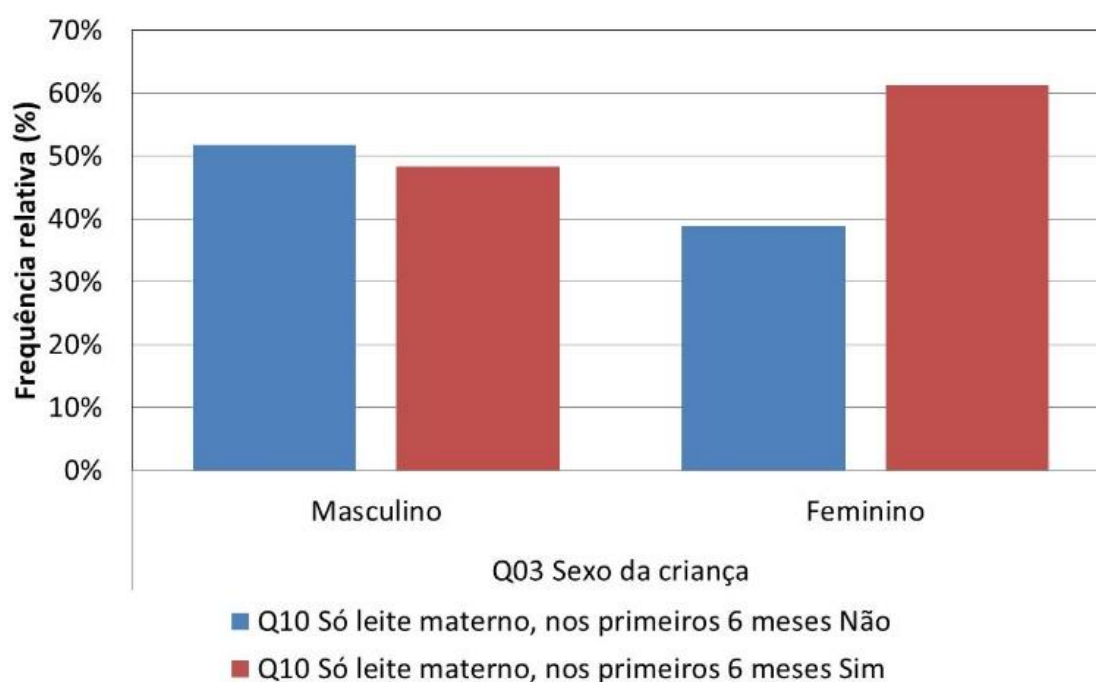


A percentagem que deu apenas leite materno nos primeiros 6 meses é superior para os que, logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora), alimentaram o bebé ao peito, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 7,970$; $p = 0,005$). Portanto, alimentar o bebé ao peito logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno nos primeiros 6 meses.

Como seria de esperar, do mesmo modo que alimentar o bebé ao peito em menos de uma hora influencia o abandono do leite materno a uma semana e aos quatro meses, também influencia o abandono do leite materno aos 6 meses de idade, sendo estes resultados referidos por Cardoso (2006), que aponta a amamentação na primeira hora como fator determinante do sucesso da amamentação.

Tabela 41 - Relação entre Q03 (“Sexo da criança”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”)

Q03 Sexo da criança		Q10 Só leite materno, nos primeiros 6 meses	
		Não	Sim
Masculino	N	89	83
	% no grupo	51,7%	48,3%
Feminino	N	45	71
	% no grupo	38,8%	61,2%

Gráfico 28 - Relação entre Q03 (“Sexo da criança”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”).


A percentagem que deu apenas leite materno nos primeiros 6 meses é superior para os que têm uma criança do sexo masculino, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 4,671$; $p = 0,031$). Portanto, o sexo da criança influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno nos primeiros 6 meses.

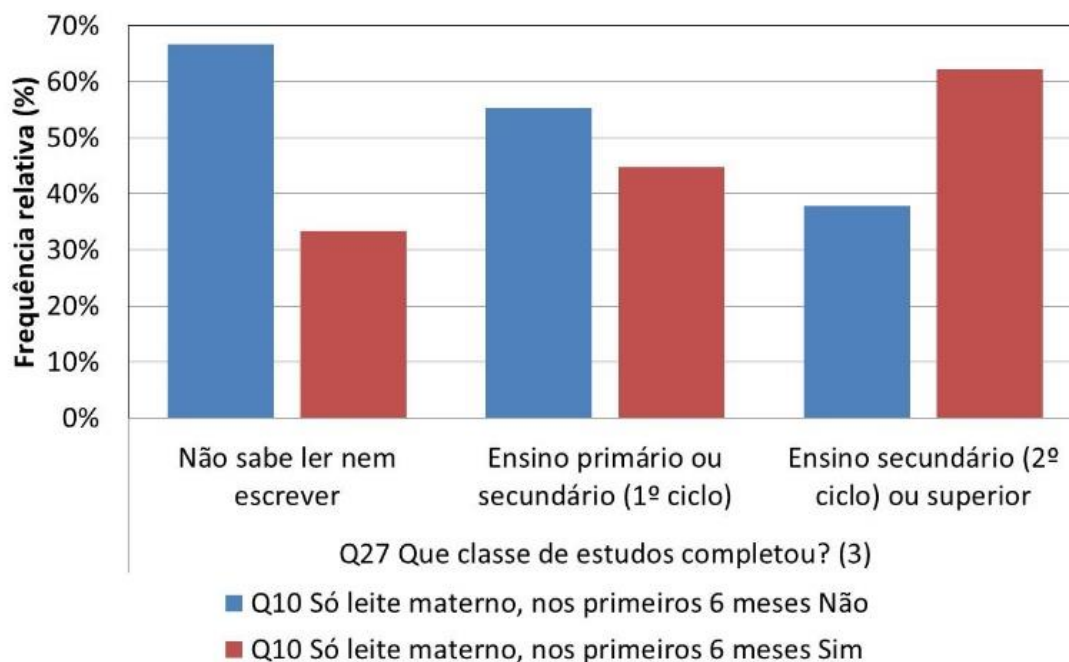
Na amostra, a percentagem que deu apenas leite materno nos primeiros 6 meses é superior para quem não vive com o marido, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p > 0,05$). Portanto,

viver com o marido não influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno nos primeiros 6 meses.

Tabela 42- Relação entre Q27 Que classe de estudos completou? e Q10 Só leite materno, nos primeiros 6 meses

Q27 Que classe de estudos completou?		Q10 Só leite materno, nos primeiros 6 meses	
		Não	Sim
Não sabe ler nem escrever	N	16	8
	% no grupo	66,7%	33,3%
Ensino primário ou secundário (1º ciclo)	N	58	47
	% no grupo	55,2%	44,8%
Ensino secundário (2º ciclo) ou superior	N	62	102
	% no grupo	37,8%	62,2%

Gráfico 29 - Relação entre Q27 (“Que classe de estudos completou?”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”)



A percentagem que deu apenas leite materno nos primeiros 6 meses é superior para as mães com o ensino secundário e superior e inferior para as mães que não sabem ler nem

escrever, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(2)} = 12,132$; $p = 0,002$). Portanto, a classe de estudos que completou influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno nos primeiros 6 meses.

Tabela 43 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q01 (“Quantos anos tem a mãe?”) e Q10 (“Só leite materno, nos primeiros 6 meses”)

	Q10 Só leite materno, nos 1. ^{os} 6 meses	N	Média	Desvio padrão	Teste U Mann-Whitney	p
Q01 Quantos anos tem a mãe?	Não	136	24,38	5,785	9908	0,287
	Sim	157	23,69	5,571		

O valor de prova é superior a 5%, não se rejeita H_0 : considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

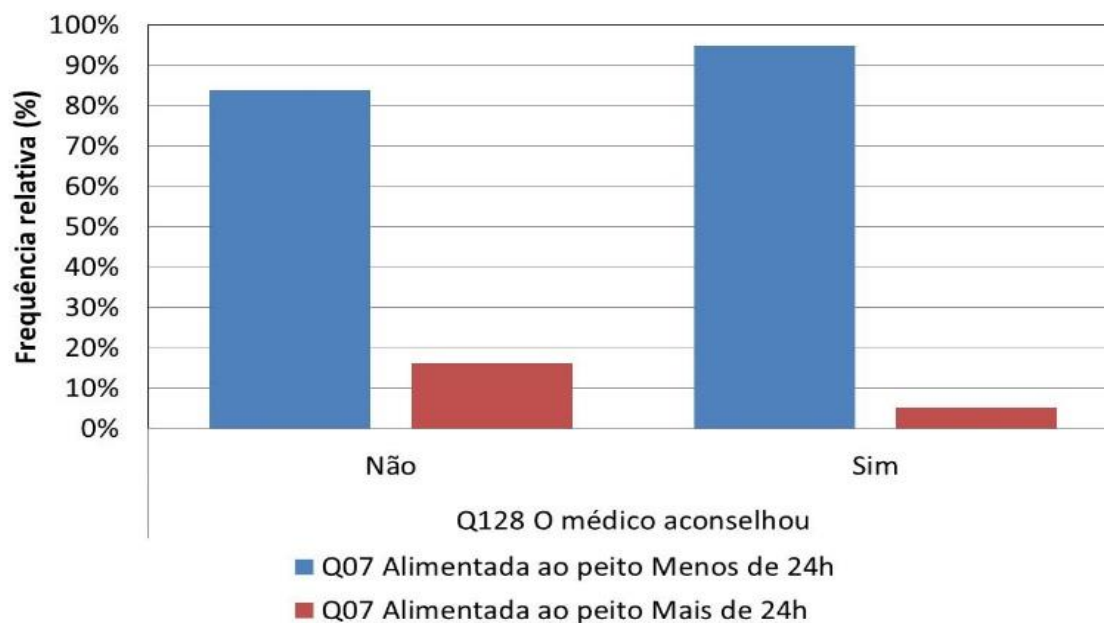
Na amostra, a idade média da mãe é superior para quem não deu apenas leite materno nos primeiros 6 meses, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. Portanto, a idade da mãe não influencia, de forma estatisticamente significativa, o abandono do leite materno nos primeiros 6 meses.

5.2.4 Outras análises

Tabela 44 - Relação entre Q12 (“Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?”), Q128 (“O médico aconselhou”) e Q07 (“Quanto tempo/horas, depois de nascer, é que criança passou a ser amamentada [alimentada ao peito]”)

Q128 O médico aconselhou		Q07 Alimentada ao peito	
		Menos de 24h	Mais de 24h
Não	N	140	27
	% no grupo	83,8%	16,2%
Sim	N	200	11
	% no grupo	94,8%	5,2%

Gráfico 30 - Relação entre Q12 (“Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?”), Q128 (“O médico aconselhou”) e Q07 (“Quanto tempo/horas, depois de nascer, é que criança passou a ser amamentada [alimentada ao peito]”)

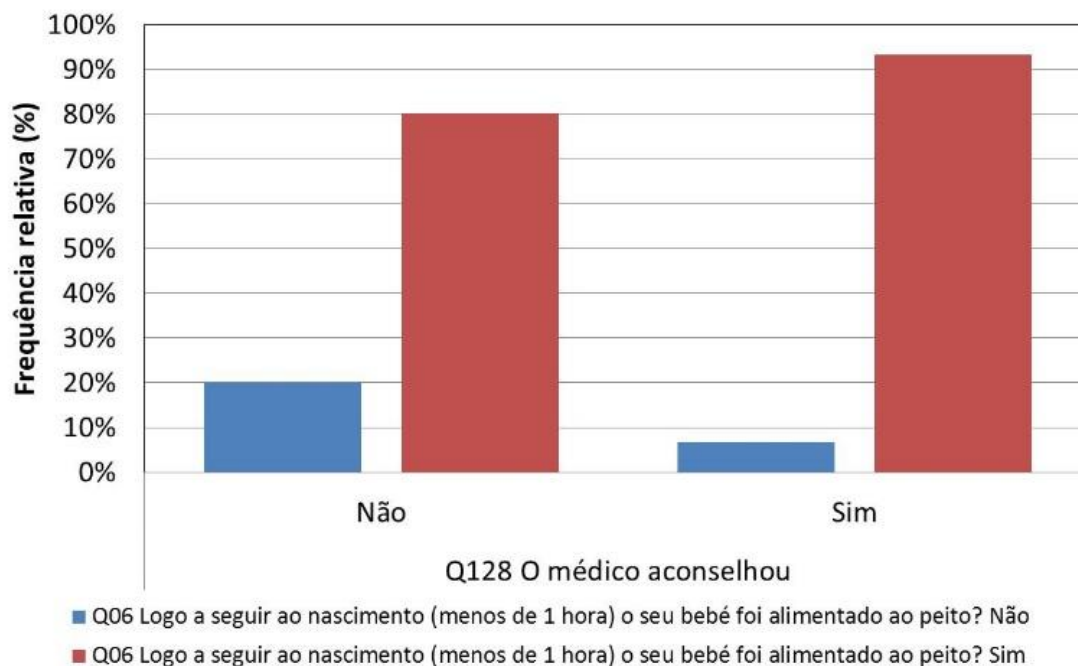


A percentagem que alimentou ao peito em menos de 24 h é superior para quem foi aconselhada pelo médico, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 12,371$; $p = 0,000$). Portanto, ser aconselhada pelo médico influencia, de forma estatisticamente significativa, alimentar ao peito em menos de 24 h.

Tabela 45 - Relação entre Q12 (“Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?”), Q128 (“O médico aconselhou”) e Q06 (“Logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) o seu bebé foi alimentado ao peito?”)

Q128 O médico aconselhou		Q06 Logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) o seu bebé foi alimentado ao peito?	
		Não	Sim
Não	N	35	141
	% no grupo	19,9%	80,1%
Sim	N	14	196
	% no grupo	6,7%	93,3%

Gráfico 31 - Relação entre Q12 (“Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses?”), Q128 (“O médico aconselhou”) e Q06 “Logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) o seu bebé foi alimentado ao peito?”)



A percentagem que alimentou ao peito logo a seguir ao nascimento é superior para quem foi aconselhada pelo médico, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(1)} = 15,099$; $p = 0,000$). Portanto, ser aconselhada pelo médico influencia, de forma estatisticamente significativa, alimentar ao peito logo a seguir ao nascimento.

Tabela 46 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relação entre Q01 (“Quantos anos tem a mãe?”) e Q25 (“Com quem vive?” / Q251 (“Marido”))

	Q251 Marido	N	Média	Desvio padrão	Teste U Mann-Whitney	p
Q01 Quantos anos tem a mãe?	Não	45	25,91	6,501	6566	0,241
	Sim	327	24,63	5,566		

O valor de prova é superior a 5%, não se rejeita H_0 : considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Na amostra, a idade média da mãe é superior para quem não vive com o marido, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. Portanto, a idade da mãe não influencia, de forma estatisticamente significativa, o facto de viver com o marido.

Na amostra, a percentagem de parto assistido é superior para quem não vive com o marido, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p > 0,05$). Portanto, viver com o marido não influencia, de forma estatisticamente significativa, o ter o parto assistido.

Na amostra, a percentagem de bebés alimentados ao peito em menos de 24h é superior para quem vive com o marido, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p > 0,05$). Portanto, viver com o marido não influencia, de forma estatisticamente significativa, o bebé ser alimentado ao peito em menos de 24h.

Tabela 47 - Estatística descritiva e Teste de Mann-Whitney: Relações entre Q01 (“Quantos anos tem a mãe?”) e Q26 (“Sabe ler ? Ou ler e escrever?”)

	Q26 Sabe ler ? Ou ler e escrever?	N	Média	Desvio padrão	Teste U Mann-Whitney	p
Q01 Quantos anos tem a mãe?	Sim	340	24,59	5,713	5267,5	0,104
	Não	37	25,95	4,994		

O valor de prova é superior a 5%, não se rejeita H_0 : considera-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Na amostra, a idade média da mãe é superior para quem não sabe ler ou ler e escrever, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. Portanto, a idade da mãe não influencia, de forma estatisticamente significativa, saber ler ou ler e escrever.

Tabela 48 - Estatística descritiva e Teste de Kruskal-Wallis: Relações entre Q01 (“Quantos anos tem a mãe?”) e Q27 (“Que classe de estudos completou?”)

	Q27 Que classe de estudos completou?	N	Média	Desvio padrão	Teste Kruskal-Wallis	p
Q01 Quantos anos tem a mãe?	Não sabe ler nem escrever	37	25,95	4,994	6,723	* 0,035
	Ensino primário ou secundário (1º ciclo)	137	25,44	5,980		
	Ensino secundário (2º ciclo) ou superior	202	24,04	5,477		

* diferença significativa para $p < 0,05$

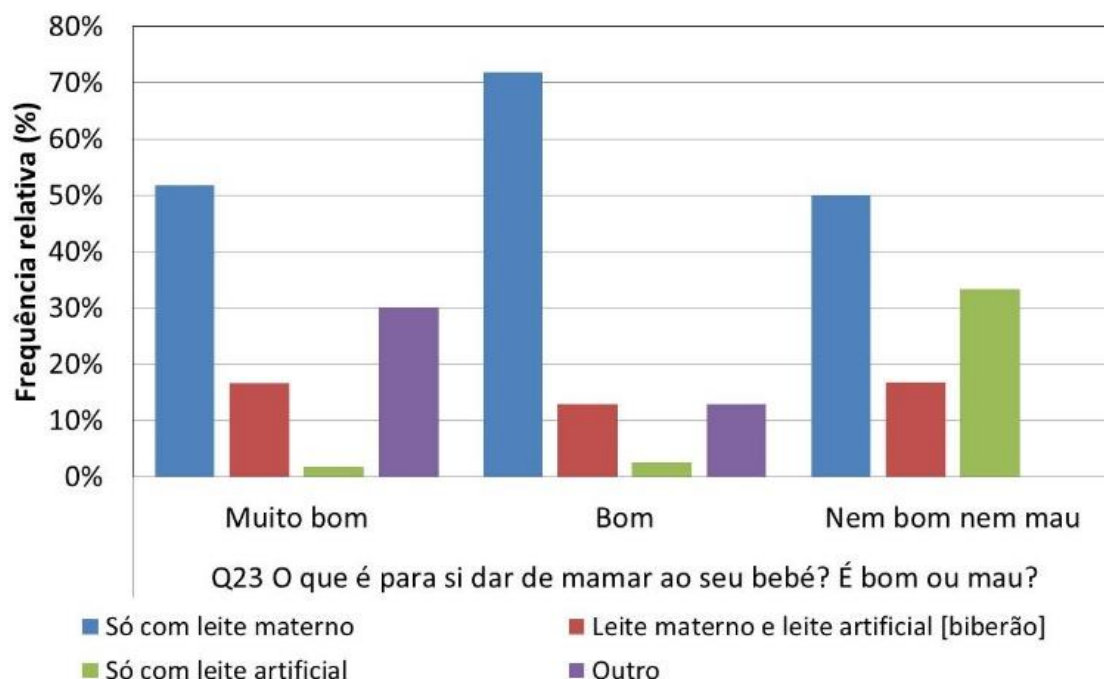
O valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se H_0 e aceita-se H_1 : considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

A idade média da mãe é inferior para quem tem ensino secundário ou superior, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas. Portanto, a idade da mãe influencia, de forma estatisticamente significativa, a classes de estudos que completou.

Tabela 49 - Relação entre Q23 (“O que é para si dar de mamar ao seu bebé? É bom ou mau?”) e Q10 (“Nos primeiros 6 meses de vida, como foi alimentado o seu filho?”)

Q23 O que é para si dar de mamar ao seu bebé? É bom ou mau?		Q10 Nos primeiros 6 meses de vida, como foi alimentado o seu filho?			
		Só com leite materno	Leite materno e leite artificial	Só com leite artificial	Outro
Muito bom	N	125	40	4	73
	% no grupo	51,7%	16,5%	1,7%	30,2%
Bom	N	28	5	1	5
	% no grupo	71,8%	12,8%	2,6%	12,8%
Nem bom nem mau	N	3	1	2	0
	% no grupo	50,0%	16,7%	33,3%	,0%

Gráfico 32 - Relação entre Q23 (“O que é para si dar de mamar ao seu bebé? É bom ou mau?”) e Q10 (“Nos primeiros 6 meses de vida, como foi alimentado o seu filho?”)



A percentagem que alimentou nos primeiros 6 meses só com leite materno é superior para os que consideram que dar de mamar ao seu bebé é “bom”, a percentagem que alimentou nos primeiros 6 meses com leite materno e leite artificial é inferior para os que consideram que dar de mamar ao seu bebé é “bom”, a percentagem que alimentou nos primeiros 6 meses só com leite artificial é superior para os que consideram que dar de mamar ao seu bebé é “nem bom nem mau”, a percentagem que alimentou nos primeiros 6 meses com outro é superior para os que consideram que dar de mamar ao seu bebé é “muito bom”, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($\chi^2_{(6)} = 32,297$; $p = 0,000$). Portanto, a opinião sobre o que é dar de mamar ao bebé influencia, de forma estatisticamente significativa, a forma como foi alimentado o filho nos primeiros 6 meses de vida.

6. Conclusões e Recomendações

São muito conhecidos os benefícios do aleitamento materno, quer a curto quer a longo prazo, sendo reconhecidas as vantagens da prática da amamentação exclusiva até aos 6 meses. No entanto, verifica-se a introdução de outros alimentos muito cedo, levando ao abandono da amamentação exclusiva muito antes dos 6 meses, contribuindo para o surgimento de doenças nas crianças. As práticas inadequadas de alimentação durante o primeiro ano de vida apresentam riscos para a saúde e desenvolvimento das crianças e são responsáveis por doenças da idade adulta.

Os objetivos deste estudo são conhecer a situação no que se refere ao aleitamento materno, na Província do Uíge, Município do Uíge, em Angola entre as mães utilizadoras do centro de saúde do Pedreiro, incidindo principalmente na determinação das taxas de prevalência do aleitamento materno até aos 6 meses de idade e fatores que justificam o abandono precoce do aleitamento materno.

As mães inquiridas apresentam níveis de escolaridade que variam desde não saber ler nem escrever até formação superior, sendo a moda o 12º ano. O sistema educativo angolano comporta quatro grupos fundamentais de ensino, de acordo com a lei de bases do sistema de educação da República de Angola (Angola. Assembleia Nacional, 2001) que divide os níveis de escolaridade em primário (1ª à 6ª classe), secundário do 1º ciclo (7ª, 8ª e 9ª), secundário do 2º ciclo (10ª, 11ª e 12ª) e ensino superior, em que 54% das mães inquiridas tinham habilitações de ensino secundário. As mães que apresentam maiores habilitações escolares têm menores idades.

A maioria das mulheres (66%) tem conhecimentos do que acontece quando se alimenta o bebé com o colostro, indicando duas respostas certas e nenhuma errada à pergunta “O que acontece quando uma mãe alimenta o seu filho com o primeiro leite do peito”, e também se pode concluir que as mulheres têm conhecimento sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, sendo o facto de evitar doenças a razão mais frequentemente citada.

A razão para interromper o aleitamento exclusivo mais referida pelas mulheres inquiridas foi o regresso ao trabalho, o facto de a mãe ter pouco leite e o choro da criança por o leite não chegar e necessitar de outros alimentos. É de salientar aqui que, embora as mães já tenham conhecimento sobre a importância do aleitamento materno, ainda se verificam crenças



de que o leite materno pode não ser suficiente para satisfazer as necessidades das crianças e que devem complementar com outros alimentos.

A idade média, com que as mães da amostra deram alimentos sólidos aos seus bebés foi de 5,35 meses e os alimentos mais referidos são água, papas de fubá de milho e bombó e papas Maizena/Cerelac.

Nas mães que fazem parte da amostra, 84,7% tiveram aconselhamento antes e/ou depois do parto, por parte do pessoal médico e de enfermagem e 88,1% dos partos foram assistidos por pessoal médico, o que pode justificar a alta percentagem de bebés que foram alimentados ao peito pouco tempo após o parto; 87% dos bebés foram alimentados ao peito menos de uma hora após o nascimento e 90% menos de 24 horas após o nascimento. Esta percentagem é ligeiramente inferior aos dados do Relatório do Inquérito sobre Nutrição 2007, (Angola. Ministério da Saúde, 2007, p.34) que apontava como 97,7% a percentagem de crianças alimentadas ao peito nas primeiras 24 horas a seguir ao parto na Província do Uíge e muito superior aos dados da OMS (2013) para Angola, que indicava como 55% a percentagem de crianças que eram alimentadas ao peito até uma hora após o nascimento.

Durante a primeira semana mantem-se a prevalência de amamentação exclusiva nos 90,7%, o que se pode explicar pela grande percentagem de partos assistidos por pessoal médico e pelas taxas elevadas de amamentação nas primeiras horas a seguir ao nascimento.

A percentagem de mães que abandonaram o aleitamento materno exclusivo antes de os filhos atingirem os 6 meses de idade é de 24,6%, sendo a percentagem de mães que mantêm o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de 53,4%. Estes valores são bastante superiores aos indicados pelo Relatório do Inquérito sobre Nutrição 2007 (Angola. Ministério da Saúde, 2007, p.34), que indicava o valor de 37% para a taxa de amamentação exclusiva aos 6 meses e também são superiores aos 11% de amamentação materna exclusiva aos 5 meses indicados pela UNICEF (2013).

Salienta-se que a percentagem de mães que não sabem ler nem escrever é de 9,8%, que é um valor reduzido considerando que a taxa de analfabetismo para a população angolana com idade igual ou superior a 15 anos era em 2000 de 58%, e que contrastava com uma média de 38% para toda a África Subariana (Angola. Ministério da Educação, 2001). Podemos assim facilmente supor que o aumento das habilitações escolares pode ser uma das justificações para o aumento bem-sucedido da taxa de amamentação exclusiva aos 6 meses.



No que se refere ao aleitamento materno exclusivo durante a 1ª semana, não se verifica relação entre o abandono ou manutenção do aleitamento e o sexo do bebê, a idade da mãe, as pessoas com quem a mãe vive, as suas habilitações escolares e a opinião que a mãe tem sobre o que é dar de mamar. Existe, no entanto, associação entre as razões apontadas pelas mães para abandonarem o aleitamento materno exclusivo, ou para nunca terem amamentado - como por exemplo “...não gosto de amamentar”, “transmite doenças da mãe para os filhos”, “tinha pouco leite”, “o bebê não pegou à mama” e “o meu leite não era bom” - e o aleitamento materno exclusivo na 1ª semana, levando a concluir que estas razões podem ser causas para o abandono do leite materno na primeira semana.

O abandono ou manutenção do aleitamento materno exclusivo até aos 4 meses também não é influenciado pelo aconselhamento antes e/ou depois do parto, mas é influenciado pela opinião que as mães têm sobre o que é dar de mamar e pela amamentação até uma hora após o nascimento. A percentagem de mães que amamentam até aos 4 meses é superior para as mães que amamentam logo a seguir ao nascimento e para as mães que consideram que amamentar é “muito bom”.

As razões indicadas pelas mães para abandonarem o aleitamento materno exclusivo, ou para nunca terem amamentado são: “não gosto de amamentar”, “tinha pouco leite”, “tive de voltar ao trabalho”, “contra indicação médica”, “o bebê não aumentou de peso” e “o meu leite não era bom”. Estas razões influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo até aos quatro meses e podem ser consideradas as causas para o abandono do aleitamento exclusivo nesta idade. O sexo do bebê e as habilitações da mãe também influenciam a amamentação exclusiva até aos 4 meses, sendo superior para o caso dos bebês do sexo masculino e nas mães com habilitações do ensino secundário ou superior.

No que diz respeito ao aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, verifica-se que existe associação com o aconselhamento antes e/ou depois do parto sendo superior a taxa de aleitamento materno exclusivo para quem recebeu aconselhamento. A opinião sobre as razões que levaram as mães a nunca fazerem aleitamento exclusivo ou a interromperem o aleitamento materno exclusivo influencia o abandono do aleitamento exclusivo nos primeiros 6 meses principalmente “não gosto de amamentar”, “tinha pouco leite”, “tinha vergonha de alimentar em público”, “o leite artificial oferece maior comodidade”, “o meu leite não é bom” e “a criança já está muito grande”. A percentagem de mulheres que fez amamentação



exclusiva é maior para as mulheres que deram de mamar menos de uma hora após o parto, para as que têm crianças do sexo masculino e para as que têm maiores habilitações.

Considerando que o sucesso do aleitamento materno exclusivo é de grande importância para a promoção de saúde, pois previne problemas de saúde infantil e assegura o desenvolvimento equilibrado da criança e embora se tenha conseguido progressos nos últimos anos, há ainda muito a fazer para que o aleitamento materno exclusivo esteja solidamente implantado nos hábitos das sociedades e principalmente da angolana.

É necessário continuar a desenvolver ações, campanhas e programas que visem a implementação de práticas de promoção de saúde, em especial de saúde infantil, de educação para a saúde e de educação em geral. A escola tem um papel importante na mudança de hábitos, crenças e costumes e pode promover, desde cedo, a educação para a saúde e, no que se refere à amamentação, deve ser feita desde os níveis mais básicos, pois como se verificou neste estudo são as mães com mais habilitações que amamentam exclusivamente durante mais tempo. Seria importante que no futuro os programas curriculares do Ensino Secundário do 1º ciclo pudessem incluir matérias sobre Aleitamento Materno na disciplina de Educação Sexual, frequentadas por adolescentes que esperam vir a ser pais e mães.

É necessário também continuar a desenvolver ações de promoção de saúde da mulher/planeamento familiar, nos hospitais e centros de saúde, através da participação de profissionais de saúde, que transmitam à população em geral e não só às grávidas, conceitos importantes sobre amamentação e alimentação infantil, pois muitas mães têm em conta o parecer de familiares, amigos e do marido quando têm de decidir sobre amamentação. Simultaneamente devem ser realizadas ações de formação e capacitação para os profissionais de saúde, considerando que muitos ainda não conhecem as políticas recentes de aleitamento materno. Devem ser reforçadas as ações de promoção de saúde/IEC, que visem evitar o desmame precoce e desincentive a introdução de outros alimentos antes dos 6 meses de idade, para proporcionar o desenvolvimento psicofísico e emocional do bebé.

Cabe aos governos e partidos políticos o papel de lutar por legislação que apoie as mulheres que trabalham durante o tempo em que devem amamentar os seus filhos, pois não nos podemos esquecer que muitas mulheres têm de interromper a amamentação exclusiva aos seus filhos para voltarem ao trabalho, visto que em Angola a Licença de Parto é somente de 3 meses o que não permite a amamentação exclusiva até aos 6 meses. Considerando que em Angola só existem seis Hospitais Amigos da Criança, é de grande importância que o governo



continue a evidenciar esforços para expandir a implementação de outros Hospitais amigos da Criança em outras Províncias, de modo a assegurar a manutenção do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses.

Recomenda-se a realização de mais estudos semelhantes a este agora realizado, de modo a melhor acompanhar as alterações que ocorrem nas taxas de aleitamento materno exclusivo de acordo com as mudanças nas atitudes das mães. Adicionalmente recomenda-se a realização de estudos longitudinais que acompanhem mães desde o parto até aos 6 meses para melhor compreender as razões que levam as mães a abandonarem o aleitamento materno exclusivo antes dos 6 meses.



Bibliografia

ANGOLA. ASSEMBLEIA NACIONAL - Lei de bases do sistema de educação. Luanda: Assembleia Nacional, 2001.

ANGOLA. GOVERNO PROVINCIAL DO UÍGE - Perfil da província: Abril de 2012: dados recolhidos até Dezembro de 2011. [Em linha]. Luanda: Consultores JMJA Angola, 2012. [Consultado a 11. out. 2013]. Disponível em http://www.anip.co.ao/ficheiros/pdfs/_Uige.pdf.

ANGOLA. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - PAN/EPT: o Plano de Acção Nacional de Educação Para Todos. [Em linha]. Luanda: Ministério da Educação, 2001. [Consultado a 10. jul. 2014]. Disponível em http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Angola/Angola_PNA_EPT_Resumo_Apresentacao.pdf.

ANGOLA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIREÇÃO NACIONAL SAÚDE PÚBLICA - Relatório do inquérito sobre a nutrição em Angola. [Luanda]: Secção de Nutrição. Direção Nacional Saúde Pública. Ministério da Saúde. República de Angola, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS - Iniciativa Hospital Amigo da Criança. [Em linha]. Brasília: Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde, 2011. [Consultado a 11 mar. 2014]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS - IIª pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e distrito federal. [Em linha]. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde, 2011. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). [Consultado a 11 mar. 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf.



CARDOSO, L. - Aleitamento materno: uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica. [Em linha]. Braga: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, 2006. [Consultado a 18 out. 2013]. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6680>.

CIAMPO, L.; RICCO, R.; ALMEIDA, C. - Aleitamento materno passagens e transferências mãe-filho. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

FALEIROS, F. *et al.* - Motivação para o aleitamento materno: variáveis intervenientes. [Em linha]. *Millenium*. 40 (2011) 23-38. [Consultado a 18 mar. 2013]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732006000500010&script=sci_arttext.

FORD, G. - O livro da amamentação do bebé feliz. Lisboa: Bertrand Editora, 2002.

LAMOUNIER, J. - Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. [Em linha]. *Revista Associação Medica Brasileira*. 44: 4 (1998) 319-324. [Consultado a 11 mar. 2014]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000400011.

LAWN, J.; KERBER, K. ed. lit. – Oportunidades para os recém-nascidos em Africa: dados práticos, políticas e apoios programáticos para a prestação de cuidados de saúde aos recém-nascidos em África. [Em linha]. Geneva: The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health. Organização Mundial de Saúde, 2006. [Consultado a 10 jan. 2013]. Disponível em http://www.who.int/pmnch/media/publications/opportunidades_port.pdf.

LEVY, L, BÉRTOLO, H. - Manual de aleitamento materno. Lisboa: Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. UNICEF, 2002.

OMS – Estratégia global para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância. [Em linha]. Genebra: International Baby Food Action Network (IBFAN). Organização Mundial de Saúde, 2005. [Consultado a 10 out. 2013]. Disponível em <http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf>.

ÓRFÃO, A., relat. - Registo do aleitamento materno : relatório julho 2010 – junho 2011. [Em linha]. Lisboa: Divisão de Saúde Reprodutiva. Direção-Geral da Saúde. Mama Mater: Associação pró Aleitamento Materno em Portugal, 2012. Projeto 74/2008, financiado pela



Direção-Geral da Saúde. [Consultado a 18 out. 2013]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016988.pdf>.

ORFÃO, A.; SANTOS, C.; MAGALHÃES, C., relat. - Registo do aleitamento materno: RAM: relatório janeiro a dezembro 2012. [Em linha]. Lisboa: Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil. Mama Mater: Associação pró Aleitamento Materno em Portugal. Observatório do Aleitamento Materno. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2012. [Consultado a 10 out. 2013]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i019070.pdf>.

PIRES, C.; RABAÇA, P.; SANTOS, L. - Aleitamento materno. [Em linha]. *Leite Materno* [site]. Copyright © 2005. Última actualização em 13-11-2011. [Consultado a 11 mar. 2014]. Disponível em <http://www.leitematerno.org/index.html>.

PORTUGAL. INE – Estatísticas da CPLP 2012. [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2012. [Consultado a 11 out. 2013]. Disponível em https://www.google.pt/?gws_rd=cr&ei=111eUu3IOsnJsgays4CYBg#q=estatisticas+de+cplp

PRYOR, K.: A arte de amamentar. São Paulo, SP: Summus Editorial, 1981.

REA, M. - Substitutos do leite materno: passado e presente. [Em linha]. *Revista de Saúde Pública*. 24: 3 (1990) 241-249. [Consultado a 10 mar. 2013]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v24n3/11.pdf>

REGO, J.: Aleitamento materno. 2ª ed. São Paulo, SP: Editora Atheneu, 2006.

TABORDA, W.; DEUTSCH, A. - A bíblia da gravidez. São Paulo, SP: CMS Editores, 2006.

UNICEF - Promovendo o aleitamento materno. [Em linha]. Nova Iorque, NY: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2007. [Consultado a 10 jan. 2013]. Disponível em <http://www.unicef.org/brazil/pt/aleitamento.pdf>

UNICEF – Situação mundial da infância. [Em linha]. Nova Iorque, NY: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2013. [Consultado a 10 jan. 2013]. Disponível em www.unicef.org/sowc2013.

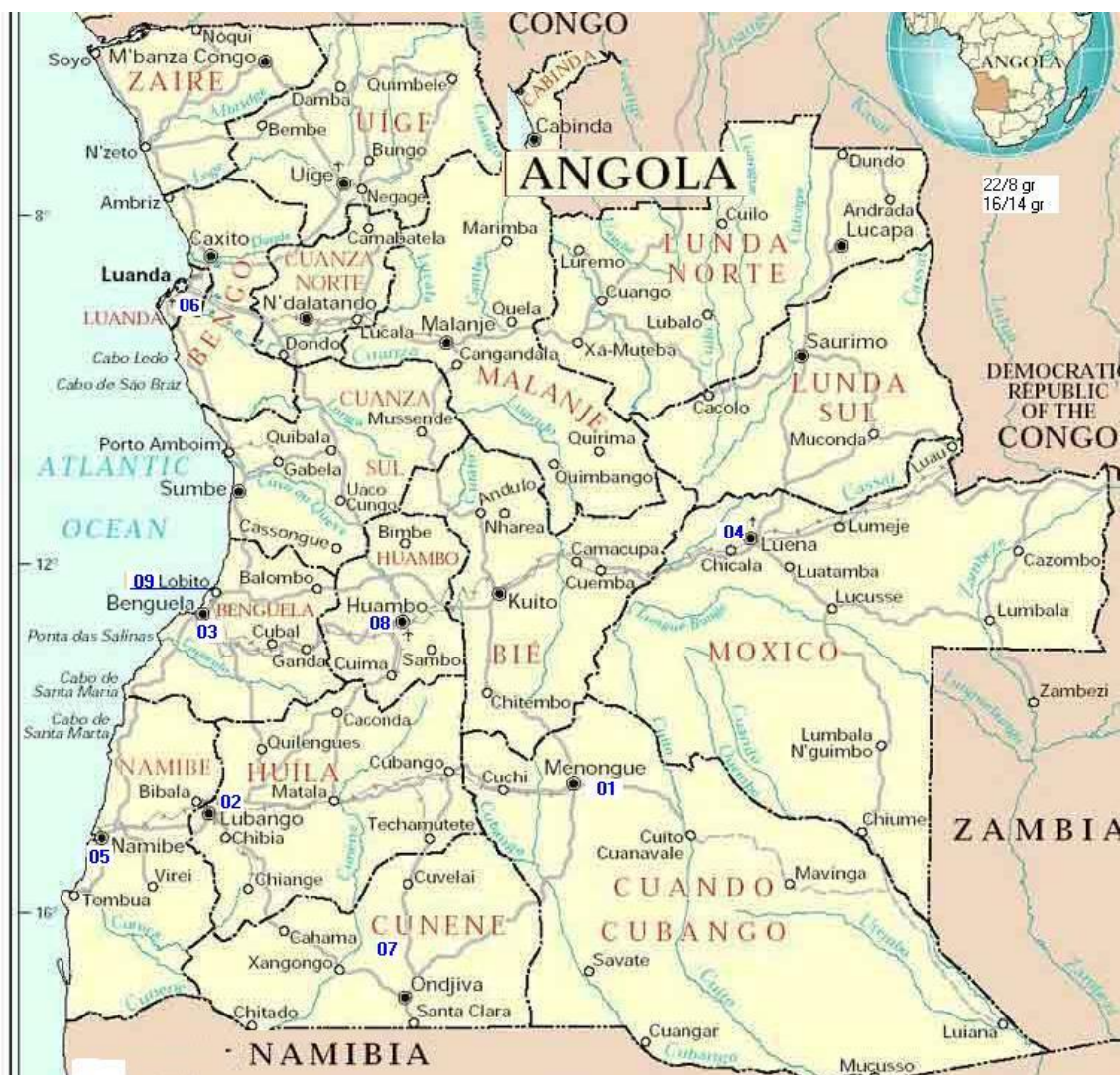


UNICEF - Tracking progress on child and maternal nutrition: a survival and development priority. [Em linha]. New York, NY: UNICEF, 2009. [Consultado a 10 jan. 2013]. Disponível em http://www.unicef.org/publications/files/Tracking_Progress_on_Child_and_Maternal_Nutrition_EN_110309.pdf.

WHO. UNICEF - Global strategy for infant and young child feeding. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2003. [Consult. 10 Out. 2013]. Disponível em http://www.unicef.org/nutrition/files/Global_Strategy_Infant_and_Young_Child_Feeding.pdf

ANEXOS

Anexo A – Mapa de Angola





Anexo B – Questionário

O presente questionário destina-se a recolha de informações sobre amamentação, para a concretização de um estudo que faz parte da tese de mestrado em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa, da autoria de Júlia de Carvalho, diretora administrativa da Escola de Formação de Técnicos de saúde.

_____ (entrevistador) peço a sua colaboração e agradeço a sua disponibilidade para responder a este inquérito durante cerca de 5 a 10 minutos, e garantimos o anonimato e o sigilo das informações prestadas, que serão unicamente utilizadas para o estudo.

Local: Centro de Saúde Materno-Infantil do Pedreira

Entrevista nº _____

Entrevistador: _____

Data: ____/____/____

Hora: _____ h _____

0. O que vem hoje fazer ao centro, com o seu bebé?

- ☐ Vacinação
- ☐ Pesagem
- ☐ Consulta (médica, enfermagem)
- ☐ Outro. Qual? _____

1. Quantos anos tem?

- ☐ _____ anos completos
- ☐ Não Sabe
- ☐ Não quer responder

2. Quantos meses tem o seu filho? _____ meses

[Se tiver 12 meses ou menos, prossegue a entrevista, passando para a questão 3. Se tiver mais de 12 meses, termina a entrevista]

3. É menino ou menina?

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

4. Onde decorreu o nascimento do seu filho?

- ☐ Hospital provincial / Maternidade
- ☐ Centro de saúde / Sala de partos
- ☐ Posto de saúde / Emergência
- ☐ Casa da parteira tradicional c/ formação
- ☐ Casa da parteira tradicional s/ formação
- ☐ Casa da própria ou familiar
- ☐ Outro local. Qual? _____



5. Como foi o parto do seu bebe?

- ☐ Parto Normal
- ☐ Cesariana [*Com barriga aberta*]
- ☐ Parto com recursos a fórceps [*ferros*] ou ventosa

6. Logo a seguir ao nascimento (menos de 1 hora) o seu bebé foi alimentado ao peito? [*Se sim passa para Q8*]

- ☐ Sim
- ☐ Não

7. Quanto tempo/horas, depois de nascer, é que criança passou a ser amamentada [*alimentada ao peito*]?]

- ☐ Menos de 24 horas depois do nascimento
- ☐ Mais de 24 horas depois
- ☐ Nunca foi amamentada
- ☐ Não sei/não me recordo

8. O que acontece quando uma mãe alimenta o seu filho com o primeiro leite do peito? Diga o que pode acontecer [*Pode dar mais do que uma resposta*]

- ☐ Altera o estômago do bebé
- ☐ Não faz bem nem mal ao bebé
- ☐ Faz bem ao bebé
- ☐ Faz mal ao bebé
- ☐ Faz bem à mãe
- ☐ Faz descer o leite
- ☐ Faz aumentar o leite
- ☐ Outra razão (Qual ?) _____

9. Na primeira semana de vida, como foi alimentado o seu filho?

- ☐ Só com leite materno
- ☐ Leite materno e leite artificial [*biberão*]
- ☐ Só com leite artificial
- ☐ Não sei/não me recordo
- ☐ Outro. (Qual?) _____

10. Nos primeiros seis meses de vida, como foi alimentado o seu filho?

- ☐ Só com leite materno (sem mais nada, nem sequer água)
- ☐ Leite materno e leite artificial [*biberão*]
- ☐ Só com leite artificial
- ☐ Outro. (Qual?) _____
- ☐ Não sei/não me recordo

11. [*Se respondeu, na Q10, **que deu** só leite materno durante os 6 primeiros meses*] Indique durante quanto tempo mais amamentou só com leite materno até 1 ano?

- ☐ Mais ____ meses [*completar*]
- ☐ Sim, ainda estou a amamentar só com leite materno



12. [Se respondeu, na Q10, **que deu** só leite materno durante os 6 primeiros meses] Diga a sua opinião como mãe: porque é que se deve dar só leite materno à criança até aos 6 meses? [Pode dar mais do que uma resposta]

- ☐ O leite materno evita doenças na criança
- ☐ O leite materno é mais barato
- ☐ Amamentar com leite materno é mais cómodo
- ☐ Amamentar com leite materno é mais higiénico
- ☐ O leite materno evita doenças na criança
- ☐ Aumenta a ligação entre a mãe e o bebé
- ☐ O bebé cresce melhor
- ☐ O médico aconselhou
- ☐ A minha mãe e a minha avó também amamentaram ao peito os seus filhos
- ☐ Gosto de amamentar ao peito
- ☐ Outra razão (Qual ?) _____

13. [Se respondeu, na Q10, **que não deu** só leite materno durante os 6 primeiros meses] Indique quais as razões que a levaram a nunca fazer aleitamento materno exclusivo ou a interromper o aleitamento materno exclusivo [só leite do peito] [Pode dar mais do que uma resposta]

- ☐ Não gosto de amamentar ao peito
- ☐ Transmite doenças da mãe para os filhos
- ☐ Tinha pouco leite
- ☐ O bebé não pegou à mama
- ☐ Tinha vergonha de alimentar em público
- ☐ Tive de voltar ao trabalho
- ☐ Contraindicação médica
- ☐ O leite artificial oferece maior comodidade
- ☐ Sentia-me muito cansada
- ☐ Dores ou infeções no peito
- ☐ O bebé não aumentava de peso
- ☐ O meu leite não era bom
- ☐ A criança já está muito grande
- ☐ Outra razão (Qual ?) _____

14. Teve aconselhamento, após o parto, por parte da equipa de saúde, sobre aleitamento?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei / Não me recordo

15. E durante a gravidez?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei / Não me recordo



16. Com quem se aconselhou sobre amamentação?

- ☐ Mãe/avó
- ☐ Imã, tia, prima, outros familiares
- ☐ Amigas
- ☐ Pessoal médico e de enfermagem
- ☐ Outro. Quem? _____
- ☐ Não se aconselhou com ninguém
- ☐ Não sei / Não me recordo

17. Na sua opinião porque é que as jovens mães angolanas não amamentam ou deixam de amamentar muito cedo? [*antes de um ano*]

- ☐ Amamentar ocupa muito tempo
- ☐ A criança não cresce bem
- ☐ Amamentar faz descair os seios
- ☐ Porque têm de voltar ao trabalho/ escola
- ☐ Amamentar transmite doenças
- ☐ A criança chora muito com fome
- ☐ A criança precisa de outros alimentos, o leite não chega
- ☐ A alimentação artificial pode ser feita por qualquer pessoa
- ☐ Outra. (Qual?) _____

18. Com que idade o seu bebé deixou o aleitamento materno?

- ☐ Ainda não deixou
- ☐ Com menos de _____ meses completos [*completar*]
- ☐ Com 1 ano

19. Com que idade [meses] deu ao seu bebé, alimentação sólida pela primeira vez (por exemplo papas de cereais, papas de fuba de milho e de bombo, funge, sopas ou fruta)?

_____ meses completos [*completar*]

20. Acha que o leite materno é bom para a criança? Porquê?

- ☐ Sim. Porque protege de doenças
- ☐ Sim. Porque faz crescer
- ☐ Sim. Porque _____
- ☐ Não é bom nem mau
- ☐ Não. Porque _____

21. **Deu** outros alimentos além do leite materno antes dos 4 meses?

- ☐ Sim
- ☐ Não



22. [Se respondeu Sim na Q21] Quais foram os alimentos?

- ☐ Água
- ☐ Água com açúcar
- ☐ Manteiga e outros produtos pré-lácteos
- ☐ Sumo
- ☐ Papa de fuba de milho, bombó
- ☐ Papas de maizena/ cerelac
- ☐ Outro? (Qual?) _____

23. O que é para si dar de mamar ao seu bebé? É bom ou mau?

- ☐ Muito bom
- ☐ Bom
- ☐ Nem bom nem mau
- ☐ Mau
- ☐ Muito mau

[E agora pra terminar vou lhe fazer algumas perguntas sobre si]

24. Onde vive? *[Bairro]* _____

25. Com quem vive?

- ☐ Marido
- ☐ Filhos
- ☐ Pais
- ☐ Irmãos
- ☐ Outros. (Quais?) _____

26. Sabe ler ou escrever?

- ☐ Sim
- ☐ Não *[Termina o questionário]*

27. Que classe de estudos completou?

_____ classe

Obrigado pela sua participação.

Observações: *[Informações a completar pelo entrevistador]*



Anexo C – Pedido de autorização para a realização do estudo

Exmo(a). Senhor(a)
Chefe de Repartição
Municipal de Saúde do Uíge
Uíge - Angola

C/C Responsável do Centro de saúde Materno Infantil
Lisboa, 10 de Janeiro de 2014

Exmo. Senhor,

No âmbito do Mestrado em Saúde Pública, ministrado pela Escola Nacional de Saúde Pública, estou a desenvolver um projeto de investigação que tem por objetivo geral, identificar, descrever e analisar os fatores que contribuem para que as mães abandonem o aleitamento materno exclusivo antes dos filhos atingirem os 6 meses de idade, no Município do Uíge, província do Uíge, em Angola, bem como indicar formas de intervenção para que os índices de prevalência do aleitamento materno exclusivo possam aumentar.

Para a realização deste estudo, necessito de realizar um Inquérito por questionários às mães com filhos até um ano de idade e utilizadoras do centro de saúde materna infantil da Pedreira. Venho por este meio solicitar a v/ autorização para a realização dos questionários no Centro, durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 2014, que serão realizadas pelos estudantes e colegas, coordenados pelo Paulo Eduardo.

Sem outro assunto, com os melhores cumprimentos

Júlia Mendes de Carvalho